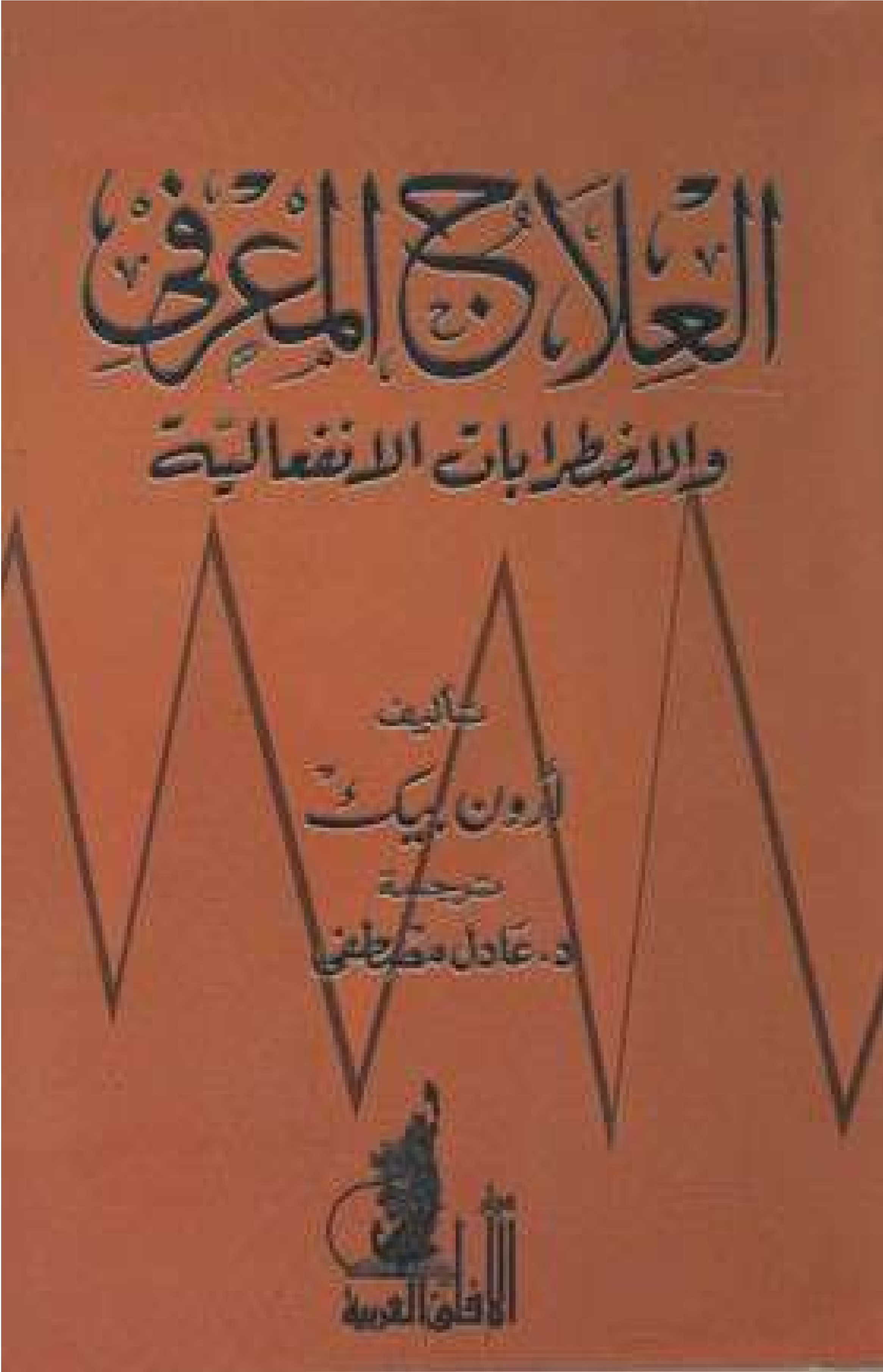

العلاج المعرفي
والاضطرابات الانفعالية
تأليف
آرون بيك
ترجمة
د. عادل مصطفى
الآفاق العربية

العلاج المعرفي
والاضطرابات الانفعالية

تأليف

أرون بيك

ترجمة

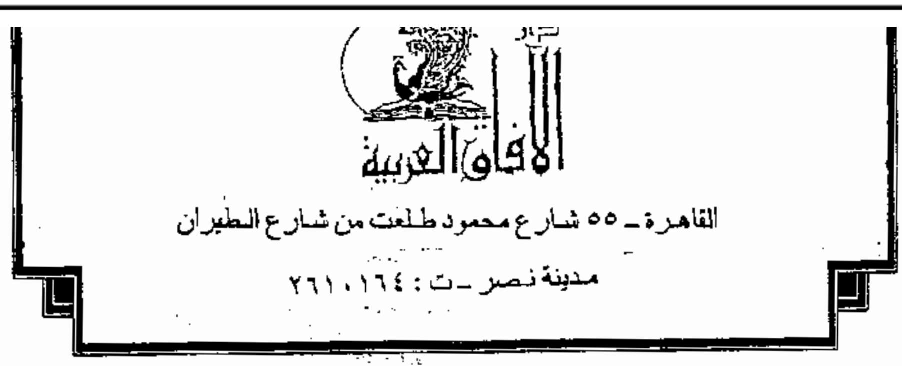
د. عادل مصطفى



الطبعة الأولى

١٤٢٠هـ/٢٠٠٠م

حقوق الطبع محفوظة



الآفاق العربية

القاهرة ـ ٥٥ شارع محمود طلعت من شارع الطيران

مدينة نصر ـ ت : ٢٦١٠١٦٤

بسم الله الرحمن الرحيم

" فَأَمَّا الزَّبَدُ فَيَذْهَبُ جُفَاءً وَأَمَّا مَا يَنفَعُ النَّاسَ فَيَمْكُثُ فِي الأَرْضِ كَذَلِكَ يَضْرِبُ اللَّهُ الأَمْثَالَ



الآية ١٧ سورة الرعد

مقدمة

حظيت الاضطرابات الانفعالية فى السنوات الأخيرة باهتمام كبير من جانب عامة الناس. فالكتب التى تتناول هذه الاضطرابات أضحت فى قوائم الكتب الأكثر مبيعاً. ولا تكاد تخلو مجلة من المجلات العامة من مقالات تتناول هذا الصنف من الأمراض. ومن اللافت للنظر أيضاً تزايد الاهتمام بمقررات علم النفس المرضى فى الجامعات، وتزايد أعداد الأطباء النفسيين والاخصائيين الإكلينيكيين وغيرهم من العاملين فى مجال الصحة النفسية. لقد تدفقت الاعتمادات المالية، سواء من الموارد العامة أو الاسهامات الخاصة، وأدت إلى توسع هائل فى إنشاء المراكز الأهلية للصحة النفسية وغيرها من الخدمات المرتبطة بالطب النفسى.

غير أن الأمر لا يخلو من مفارقة مؤسفة: ففى الوقت الذى تحظى فيه الاضطراباتُ الانفعالية بهذا الاهتمام العام، وتُبذل فيه الجهودُ الضخمة لتعميم الخدمات النفسية المتخصصة على أوسع نطاق، نجد أن أهل هذا التخصص فى شقاق حاد، يتنازعون فيما بينهم حول طبيعة هذه الأمراض وحول العلاج الأمثل لها. وما تكادُ نظريةٌ جديدة تستأثر بالساحة وتخلب ألبابَ العامة والخاصة حتى يجفَّ رواؤها وتُدْرَجَ فى زوايا النسيان. وتظهر نظريات أخرى وعلاجات جديدة فما تلبث أن يلحقها نفس المصير. ويتكرر هذا المشهدُ باطّرادٍ عجيب. وما تزال الخلافاتُ باقيةً حتى بين أرسخ النظريات قِدَماً وأكثرها صموداً، وأعنى بها: الطب النفسى العصبى neuropsychiatry ومدرسة التحليل النفسى psychoanalysis ومدرسة العلاج السلوكى behavior therapy، تلك النظريات التى اضطلعت بدراسة الاضطرابات الانفعالية وعلاجها وما تزال على شقاقها القديم سواء فيما يتعلق بالبناء النظرى أو المدخل التجريبى والإكلينيكى.

تتفق هذه النظريات السائدة، رغم تباينها الواضح، فى افتراضٍ أساسى هو أن الشخص المصاب باضطراب انفعالى هو ضحية قُوَى ومؤثراتٍ لا يتبينُها ولا يملك التحكمَ فيها. أما

مدرسة الطب النفسى العصبى التقليدية، وهى التى انبثقت من النزعة الفيزيائية للقرن التاسع عشر physicalism(*)، فتبحث عن أسباب بيولوجية للاضطراب الانفعالى كأنْ يكونَ هناك تغيراتٌ كيميائية أو عصبية أدتْ إليه وبالتالى فهى تتوسل بالوسائل الطبية من أدوية وغيرها لأزالة هذا الاضطراب. وأما مدرسة التحليل النفسى، وتستند أيضاً إلى فلسفات القرن التاسع عشر، فترى أن فى الأمر عصاباً شخصياً تعزوه إلى عوامل لاشعورية. وأن عناصرَ اللاشعور هذه شئٌ مكنونٌ خُتِمَ عليه بأختامٍ منيعةٍ وضُرِبَتْ دونَهُ حُجُبٌ نفسية لا يملك كشفَها إلا المحللُ النفسى. وأما المدرسة السلوكية، وجذورها الفلسفية كسابقتيها ترجع إلى القرن التاسع عشر، فلا ترى فى الاضطراب الانفعالى أكثرَ من انعكاساتٍ لا إرادية قائمة على إشراطاتٍ قديمة طرأتْ على المريض فى سالف أيامه. هذه الانعكاسات الشرطية لا يملك المريضُ تعديلَها بمجرد فهمها، فوعى المريض بما يجرى لا يُغْنى عنه شيئاً، وإنما يلزمه إشراطٌ مُضادٌّ يقوم به معالجٌ سلوكيٌّ قدير.

من ذلك يتبين أن هذه المدارسَ الثلاثَ الرئيسيةَ تتفق فى أن مصدر الاضطراب يكمن وراء وعى المريض وأنه يفعل فعْلَه فيه دون علمه ودرايته. وهذا ما جعلها تتفق أيضاً فى التهوين من شأن الوعى.. أعنى التصورات الواعية للمريض، أفكاره الخاصة، وخيالاته.

ولكن ماذا لو كانت هذه المدارسُ كلها على باطلٍ فى هذا الشأن؟ ماذا لو أن الوعى هو مصدر الاضطراب؟ ولنَحْدِسْ معاً للحظةٍ ماذا يكون الأمر لو أن وعى الشخص هو الذى ينطوى على العناصر المسئولة عن اعتلال انفعالاته وتفكيره ولجوئه من ثَمَّ إلى طلب العلاج، وماذا يكون الأمر لو أن جعبة هذا الشخص كانت فى واقع الحال مَلآى بالوسائل المنطقية الكفيلة بتعديل هذه المكونات الواعية فيما لو حَظِيَ بالتوجيه السليم. من البديهى أنه لو صَحَّتْ هذه الافتراضات لَشُقَّ أمامَ اضطرابات الانفعال طريقٌ علاجيٌّ جديد مختلف تماماً عن الطرق الثلاثة الأخرى، يقوم على أن الأنسانَ لديه كل المفاتيح اللازمة لفهم اضطراباته النفسية وحلها دون أن يَندَّ عن نطاق وعيه قيدَ شبر. فبمقدور الإنسان أن يصحح أوهامه التى أورثتْه هذا الاعتلالَ المزاجى بنفس الجهاز العقلى الذى اعتاد استخدامه فى حل المشكلات طوال مراحل نموه.

إن هذا المنهج الجديد فى تناول الاضطرابات الانفعالية يقوم فى الحقيقة على دعائم فلسفية

(*) المذهب الفيزيائى (أو النزعة الفيزيائية) هو المذهب الفلسفى القائل بأن كل قضايا العلوم المختلفة وكل ظواهر الوجود يمكن أن ترد إلى أحداث فيزيائية ويعبر عنها بحدود فيزيائية، وهو الصيغة العصرية المنقحة للمذهب المادى. «المترجم».

ليست جديدة، بل هي موغلة في القدم، وتعود بالتحديد إلى زمن الرواقيين Stoics . لقد اعتبر الفلاسفةُ الرواقيون أن فكرة الإنسان عن الأحداث، وليست الأحداث ذاتها، هي المسئولة عن اعتلال مزاجه. إلى هذا المنطق الرواقي يستند هذا العلاج الجديد ـ العلاج المعرفي. فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع ولَيّ الحقائق بناءً على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة. وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ حدث في إحدى مراحل نموه المعرفي. وبصرف النظر عن منشأ الأوهام، فإن صيغة العلاج تُفصح عن نفسها ببساطة: فعلى المعالج أن يساعد المريض على كشف أغاليطه الفكرية وعلى تَعَلُّمِ طرائق أكثر واقعيةً لصياغة خبراته.

هكذا نرى أن المنهج المعرفي يجعل فهم الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للمريض. وللمريض إذَّاكَ أن يطمئن إلى أن اضطرابه لا يعدو أن يكون ضرباً من ضروب سوء الفهم التي كثيراً ما مَرَّ بمثلها في حياته السابقة وكثيراً ما نجح في تصحيحها حين توافرت له المعلوماتُ الصحيحة أو حين تكشَّفَتْ له المغالطةُ الكامنة.

بهذا الاقتراب من الخبرات السابقة للمريض يقترب العلاج المعرفي من فهمه ولا يستغلق عليه. وهو يمده بالثقة في قدرته على أن يصحح أوهامه الحالية قياساً على نجاحاته السابقة. ومن البديهي أن هذا الاقتراب وهذا الوضوح، بالإضافة إلى استخدام الطرق المألوفة لحل المشكلات، كل أولئك من شأنه أن يمد جسورَ التواصل بين المريض والطبيب بسرعةٍ هائلة.

ومن حق السائل أن يسأل بطبيعة الحال عن مدى صدق(*) validity هذه الطريقة العلاجية في علاج ما تَدَّعي علاجَه. ومن حُسْنِ الطالع أن الظاهرةَ المعرفية قابلةٌ للملاحظة المباشرة من جانب المريض عن طريق الاستبطان introspection، وأنها ـ بعكس تجريدات التحليل النفسي ـ قابلةٌ للاختبار التجريبي. وهناك بالفعل أعدادٌ متزايدةٌ من الدراسات المنهجية أثبتتْ صحةَ الأسس التي يقوم عليها العلاجُ المعرفي، وهناك تجارب علاجية برهَنَتْ على كفاءته.

من شأن هذا المدخل الجديد في فهم اضطرابات الانفعال أن يغير نظرةَ الإنسان إلى نفسه وإلى مشاكله. فالإنسان ليس رهينَ تفاعلاتٍ كيميائية أو مؤثراتٍ عمياء أو انعكاساتٍ آلية،

(*) دأب علماء النفس العرب على استخدام كلمة «صدق» ترجمةً لكلمة validity وهي ترجمة غير موفقة ولا تفي بالغرض في مجال القياس النفسي، كما أنها تزعج أهل الفلسفة لأنها تُفسِد لهم تمييزهم الصارم بين الصحة المنطقية validity والصدق الواقعي truth «المترجم».

بل هو كائنٌ عُرضةٌ للتعلّم الخاطئ وللأفكار الانهزامية ولديه القدرةُ على تصحيحها أيضاً. وهو حين يضع يده على مواطن المغالطة في تفكيره ويُجري عليها التصحيح اللازمَ فإنه يَجعل حياته أكثر إرضاءً له وإرواءً.

ولا يسعني، أخيراً، إلا أن أوجه عميق الشكر إلى كل زملائي وأصدقائي الذين قاموا بقراءة أجزاء مختلفة من المخطوط، وأمدوني بالاقتراحات المفيدة والنقد السديد، وهم: بول برادي، چي إفران، سيمور إيشتاين، چوديث فريدمان، لي فريدمان، ماريكا كوفاكس، سير أوبي لويس، چورج مندلر، آرثر برلماتر، چون رينهارت، فرچينيا ريفرز، چون رش، إرفين ساراسون.

كما أتوجه بخالص الشكر إلى رث. ل. جرينبرج على الجهود الكبيرة التي تجشمتها معي في تحرير هذا الكتاب.

ولا يفوتني في الختام أن أتوجه بالشكر إلى لي فليمنج وماري لوفل لطباعتهما المتقنة لمسوّدة تلو أخرى من المخطوط.

Aaron Beck

الفصـــل الأول

الحس المشترك وما بعده

«يتجذر العلم فيما أسميته «الجهاز الكلى لفكر الحس المشترك»، فمن معطيات الفطرة السوية يبدأ العلم وإليها لابد في النهاية أن يعود، وربما يتوجب عليك كرجل علم أن تجلو هذه المعطيات الفطرية وتهذبها، وقد تعارضها في التفاصيل الجزئية، وقد تفاجئها بما لم يكن في الحسبان. غير أن مهمتك في نهاية المطاف هي أن تُقنع هذه الفطرة وتُرضيها».

ألفرد نورث هوايتهد

حـــيرة المـــريـــض

يخيمّ على مجال الأمراض النفسية جَوٌّ مكهربٌ قلما نجد له نظيراً في غيره من العلوم الاجتماعية . فغيابُ الحقائقِ الصلبة والعلاجات الحاسمة قد خَلَقَ فراغاً معرفياً أخذَتْ ترتع فيه المذاهبُ المتصارعةُ والحركات المتباينةُ والتقاليع والبِدَع .

وقد شهد تاريخُ الطب النفسى كثيراً من الأفكار والنظريات التى استقبلها الناسُ بوصفها حقائقَ لا جدال فيها، ثم أثبتت الأيامُ أنها من قَبيل الأساطير والخرافات . فكان لابد لنا أن نَعي أن الدراسات التى تتناول أنواعَ العصاب واضطراب الانفعال . طبيعتَها وعلاجَها، هى دراساتٌ لا تقوم على نظرياتٍ ثابتة ولا تتأسس على فروضٍ يقبلها الجميع . وحيثُ يُفْتَقَدُ الإجماعُ حول قيمة النظريات والعلاجات فلن ينتهى الصراعُ بين المدارس الفكرية عند حد .

إلى مَن إذن يلجأ المريضُ النفسى إذا كان المضطلعون بعلاجه على هذا الخلاف المستحكم بشأن العلاج الصحيح؟ يبدو أنْ ليس أمامه سوى أحد أمرين: فإما أن يركَنَ إلى الحظ ويختار معالجاً كيفما اتفق، أو أن يفوض إلى الله أمرهَ ويحاول جهده أن يتغلب على مصاعبه بنفسه .

ثمة منطقةٌ قد يكون فيها المخرجُ من هذه الورطة . تلك هى منطقة الوعى . . والمادة الثرية التى تتيحها لنا الأفكارُ الواعية للشخص ووسائله الفطرية فى تحديد مشاكله النفسية وفى التغلب عليها .

لقد طالما أغفل المتصارعون هذه المنطقةَ رغم وضوحها وجلائها . أما مدرسة التحليل النفسى الكلاسيكى فتعتبر أن الأفكار الواعية إشاراتٌ مُقَنَّعة تَنُمُّ على صراعاتٍ لا شعورية هى مكمنُ الداء . أما تعليلاتُ المريض لمرضه فهى تبريرات زائفة، وأما آلياتُهُ التكيفيةُ فمجردُ دفاعات . إن أفكارَ المريض الواعيةَ واستدلالاته العقليةَ وأحكامه وحلوله العملية لمشكلاته . كل أولئك لا يجب أن يؤخذ بمعناه الظاهر . إنما هى معابرُ موقوتةٌ توصلنا إلى المكونات الخفية للعقل، ثم لا يعدو شأوُها أكثر من ذلك .

وقد انتقصَ السلوكيون أيضاً من أهمية التفكير الواعى ولكنْ لأسباب جد مختلفة. ففى غمرة حماسهم لمحاكاة دقة العلوم الطبيعية وأناقتها النظرية رفضَ السلوكيون الأوائلُ كلَّ المعطيات والمفاهيم المستمدة من تأمل الإنسان لخبراته الواعية، ولم يأخذوا إلا بالسلوك الذى يظهر بشكلٍ مباشر للملاحظ الموضوعى. وما دامت الأفكار والمشاعر والآراء تند بطبيعتها عن الملاحظة الموضوعية ولا تُتاح معرفتُها إلا لمن يَخْبُرُها شخصياً، فلا يمكن اعتبارُها معطيات علميةً صادقة. وعليه فلا يمكن لعالَم المريض الخاص أن يكون مجالاً ذا فائدة للبحث (Watson, 1914; Skinner, 1971).

ولم يشذّ طبُّ الأعصاب التقليدى عن المدرسة السلوكية ومدرسة التحليل النفسى فى الانتقاص من أهمية الفكر الواعى، فطبيب الأعصاب neuropsychiatrist(*)، ويُطلَقُ عليه أحياناً «العضوى»، لا يُعَوِّلُ على أفكار المريض ومشاعره فى فهم حالته وتفسيرها. وهو إن كان يستكشف هذه الأفكارَ وتلك المشاعر فلكى يشخصَ الحالةَ لا ليفسرها. ذلك أن الأفكار والمشاعر المرضيّة هى مجرد مظاهر لعملية مَرَضيّة تحتية قوامُها اختلالٌ كيميائى.

يستخدم أصحاب المدارس الثلاث من صنوف العلاج ما يوافق الأساسَ النظرى لها، كلٌّ حسبَ مدرسته: فأما الفرويدى، باعتقاده الراسخ فى سيكولوجيا الأعماق وفى المعانى الرمزية للأعراض، فيحاول علاجَ العصاب بالتنقيب عن الأفكار والرغبات (المكبوتة) وكشفها وترجمةِ الأفكار والخيالات الواعية أى رَدِّها إلى المعانى الحقيقية التى إليها ترمز هذه الأفكار. وأما المعالج السلوكى، بإيمانه بالدور الحاسم للمؤثرات البيئية (الملاحظة) فيحاول إزالة العصاب بطريق المؤثرات الخارجية أيضاً، كأنْ يكافئَ استجابات المريض ويعاقبَها بحسب قربها من السَّواء أو بعدها عنه، أو أن يُعَرِّضَ المريضَ خطوةً للمواقف أو الأشياء التى تخيفُه. وأما طبيب الأعصاب، بثقته فى دور الأسباب البيولوجية، فيستخدم علاجات «جسمية» من قبيل الأدوية والجلسات الكهربائية.

إن هذه المدارس المعاصرة إذ تستهين بقدرة المريض على فهم نفسه بنفسه وعلى حل مشكلاته بما لديه من مَلَكة العقل، إنما تساعد على استمرار الخرافة. فهى تدفع المريضَ إلى الاعتقاد بانه عاجزٌ عن علاج نفسه وأن عليه بالتالى أن يطرق بابَ المعالج المحترف كلما ألمّتْ به شدةٌ من الشدائد المعتادة فى الحياة اليومية. لقد أقنعتْه أن اضطرابات الانفعال تنبع من

(*) حرفيا: الطبيب النفسى العصبى، وقد اختزلنا العبارة للتخفيف. «المترجم».

أسباب خارج نطاق فهمه وأن فكرتَه عنها سطحيةٌ هامشية، وبذلك سلبتْه الثقةَ فى طرائقه السهلة الواضحة التى اعتاد أن يحل بها مشكلاته. إن هذا التلقين الماكر، إذ يحط من قيمة الفطرة والسليقة، إنما يجرد المريضَ من سلاحه الأصلى ويحرمه من استعمال عقله فى تحليل مشاكله وحلها. بل إن هذا الاتجاه العام يقف حَجَرَ عَثْرَةٍ أمام المعالج النفسى ذاته ويكفُّهُ عن حَثٌ المريض على استعمال عقله.

لقد حَذَّر كُتَّابٌ آخرون من خطر هذا الاتجاه إلى تجاهل أهمية السيكولوجيا الفطرية. يقول أولبورت (Allport, 1968) على سبيل المثال: «إن علينا فى جميع المهن العلاجية شاملةً الطبَّ النفسى والوعظ الدينى والخدمة الاجتماعية والسيكولوجيا التطبيقية والتعليم. أن نحاول استعادة شئ من الحس المشترك الذى يبدو أننا أضعناه فى الطريق» (ص ١٢٥). هذا الإغفال من جانب المختصين للأفكار الواعية للمريض هو الذى أسماه إشيزر Icheiser بحق «التعامى عن الواضح» blind to the obvious (١٩٧٠، ص ٧).

الوعى والحس المشترك

حين ننظر إلى تعقيدات الحياة اليومية وضغوطها لا يسعُنا إلا الإعجابُ بقدرة رفاقنا البشر على خوضها بهذه الكفاءة. فالإنسان ليس قادراً فقط على مغالبة المحن ومسايرة التغيرات البيئية المباغتة والمواجهات الصعبة، بل إن باستطاعته أيضاً أن يَعْقِدَ تسوياتٍ بين رغباته وآماله وتوقعاته من جهة وبين مقتضيات البيئة وقيودها من جهة أخرى. وباستطاعته أن يمتصَّ الإحباطاتِ والخيبةَ والانتقادات دون أن يُصابَ بعطبٍ مستديم.

كثيراً ما تُلزِمُ الحياةُ المعاصرةُ الإنسانَ أن يتخذ، وبسرعةٍ خاطفة، قرارات حياةٍ أو موت (كما هو الحال حين يقودُ سيارته). بل تُلزِمه أن يصدر أحكاماً أصعب حين يكونُ عليه أن يميز فى الظروف المختلفة بين ما هو خطر حقيقى وما هو مجرد خدعة وتهويش (**).

(*) آثرنا تعبير «الحس المشترك» كترجمة لتعبير common sense من بين ترجمات أخرى كثيرة ومستعملة مثل: الموقف الطبيعى، الحس السليم، بادئ الرأى.

(**) «تهويش» فصحى مئة بالمئة. يُقال هوّشه أى خلّط الأمر عليه.

لولا قدرةُ الإنسان على فرز وتصنيف هذا الوابل من المؤثرات الخارجية بكفاءة عالية لتحول عالمه إلى فوضى وتقاذفته الأزمات. ولولا هيمنةُ الإنسان على مخيلته العارمة لظل داخلاً في النطاق الغائم للخيال وخارجاً منه، هائماً متخبطاً لا يميز بين الوجه الواقعي من موقف ما وبين الصور والمعاني الشخصية التي يستدعيها هذا الموقفُ في المخيلة.

وفي نطاق علاقاته الشخصية يستطيع الإنسان في عامه الأحوال أن يلتقط أدق الأمارات التي يميز بها عدوه من صديقه. ويستطيع أن يتبنى من السلوك التوافقي ما يحفظ به علاقات دبلوماسيةً مع الأشخاص الذين لا يرتاح إليهم أو لا يرتاحون إليه. ويستطيع أن ينفذ ببصره خلال الأقنعة الاجتماعية التي يرتديها الناسُ وأن يفرّقَ في تواصله معهم بين الرسائل الصادقة والكاذبة.. بين الدعابة الأخوية وبين الضغينة التي ترتدي ثوب الدعابة. وهو في كل ذلك يوالف حواسَّه وعقله بحيث يلتفت إلى ما هو دالٌّ وهام وسط هذه الجلبة الهائلة من الإشارات، وبذلك يَتَسَنَّى له أن ينظم استجاباته ويُعَدِّلَها. تجرى كل هذه العمليات السيكولوجية فيما يبدو بشكل آلى تلقائي ودونَ كثيرِ تَدَبُّرٍ من جانبه أو إعمال فكر.

من ذلك يتبين أننا خِلالَ مراحلِ نموِّنا نكتسبُ تقنياتٍ عاليةَ الدقة والتركُّب نتعامل بها مع تعقيدات البيئة التي تحيط بنا سواء البيئة الحية وغير الحية. وبحوزتنا، فضلاً عن ذلك، مخزونٌ عريضٌ من المعلومات والمفاهيم والصيغ، نمتلكه داخل نطاق وعينا، يمكننا من حل مشاكلنا السيكولوجية المألوفة. قد نخطئُ بالطبع في تقييم موقفٍ ما أو نبالغ في تقدير إمكانياتنا، وقد نواجه مشكلاتٍ ليس لدينا حلولٌ جاهزة لها، وقد تدفعنا الظروفُ إلى اتخاذ قراراتٍ قبل أن تتوافر لنا المعلوماتُ الكافية. غيْرَ أننا مُجَهَّزون سيكولوجياً بما يمكننا من أن نتداركَ الأخطاءَ على الفور، وأن نحكم على الأمور وأن نفسرها ونتنبأ بها، وأن نتناولَ المشكلات الجديدة بطريقة منهجية فنحلل مكوناتها ونفاضل بين الحلول الممكنة.

حين ننظر إلى طريقة الإنسان العادى في تناول مشكلاته العملية نجد أنه في الحقيقة يتبع منهجاً أشبهَ بمنهج رجل العلم. فهو يقوم بملاحظاتٍ، ثم يضع فروضاً تفسيرية، ثم يقوم باختبار صدقها، إلى أن يصل في نهاية الأمر إلى تعميماتٍ من شأنها أن تهديه فيما بعد إلى تقديرٍ سريعٍ للمواقف. ورغم أن كثيراً من التعلم المبكر للإنسان يقوم على المحاولة والخطأ وعلى الاستدلال الاستقرائي inductive إلا أنه قادرٌ على أن يجمع لديه ذخيرةً من الصيغ والمعادلات والبديهيات التي تمكِّنه من إجراء استنباطاتٍ deductions عاجلة حين يواجه مشكلةً مشابهةً لتلك المشكلات التي سبق له أن وجدَ حلولاً ناجعةً لها. وهكذا يظل

الإنسانُ طوال مراحل نموه يَستخدم النموذجَ البدئي للمنهج التجريبي مراراً وتكراراً دون أن يفطن لذلك.

وفيما يتعلق بالمشاكل النفسية المحضة، يكتسب الشخص مجموعةً من الآليات والتعميمات التي يمكنه بها أن يقدِّر مَدَى واقعية استجاباته في المواقف المختلفة، وأن يقود مسار أفعاله بمرونة وسلاسة ويَفُضّ الصراعات الناجمة عن تعدد البدائل المتاحة، وأن يتعامل بحكمة مع عوامل الخطر والإحباط والرفض. وهو خلالَ مراحل نموه يتبلورُ وعيهُ بخبراته المتوالية في ملاحظات واضحة لذاته تُفْضِي في النهاية إلى أحكام عامة. وإذ تصمدُ هذه الآلياتُ المرتَجَلة لاختبار الزمن فإنها تصبح بمثابة الإطار الذى من خلاله يفهم ذاتَه ويفهم الآخرين فهماً حقيقياً أصيلاً. وسوف نرى فيما بعد أن العلاج المعرفى فى معظمه يسندُ إلى المريض دَوْرَ العالِم ويهيب به أن يستخدم أدواته المتاحة بالفعل لكي يحل بها مشاكله التى تبدو له مستعصية.

من حُسْن الحظ أنه لا يتوجَّبُ على كل شخص أن يبدأ الشوطَ من جديد لاكتساب هذا الفهم. لأنه من خلال عملية الاختلاط الاجتماعي يتسلم مدداً ثرياً من حكمة الشعب يزوِّده بحقائق السلوك الإنسانى والمنطق الشعبى. كما أنه بفضل خبرته الشخصية واقتدائه بالآخرين وتعليمه الرسمى، يتعلم كيف يستخدم أدوات الحس المشترك: فيكوِّنُ حدوساً ويختبرها، ويكوِّنُ تمييزات واستدلالات. والشخص الحكيم يستطيع أن يتناول الموروثَ الثقافى بالتصفية والتقطير، فيستخلص المبادئَ السليمةَ منه ويستبعد الفضالةَ من الأفكار المغلوطة والأساطير والخرافات.

لا تقتصر أهميةُ الحس المشترك على التعلم الاجتماعى بل تتجاوزه بكثير. وقد طالما أكد علماءُ وفلاسفةٌ على أهمية الحس المشترك فى تأسيس العلم. يقول ج. روبرت أوبنهايمر J.R. Oppenheimer (١٩٥٦): «تنشأ كل العلوم كتنقية، وتصحيح، وتعديل لمعطيات الحس المشترك». وهو كما نرى صدى لقول هوايتهد الذى افتتحنا به هذا الفصل.

لقد كانت نقطة البداية فى علوم الفيزياء والكيمياء هى ملاحظات عن الوقائع الخارجية وعن قوانين الحس المشترك المبنية على هذه الملاحظات. فملاحظة أن الأجسام غير المسندة تسقط على الأرض كانت هى التمهيد الضرورى لقوانين الجاذبية. وملاحظة أن الماء المتروك على اللهب لفترة كافية يغلى هى أساس القوانين الحرارية والغازية. وليست تشذ علومُ السلوك

عن هذا المقياس. فملاحظاتنا عن وعينا، أى عن الوقائع النفسية الداخلية، تمدنا بالمواد الخام اللازمة لدراسة السلوك البشرى دراسةً علميةً منهجية.

وقد أفاض هايدر Heider (١٩٥٨) فى بيان الدور الذى يضطلع به الحس المشترك فى تطور السيكولوجيا العلمية. فأشار إلى أن بإمكان الإنسان بلمحة خاطفة أن يحيط علماً بكَمٍّ هائلٍ من المشاعر والأفعال، وأن هذه المعرفة «الحدْسية» intuitive هى معرفة نافذة إلى حد كبير وبمقدورها أن تقطع شوطاً كبيراً تجاه فهم السلوك البشرى. يقول هايدر: «إن لدى الشخص العادى فهما عميقاً لنفسه ولغيره من الناس، وهو فهمٌ إن يكُنْ غائماً وغير متبلور فى صيغة محددة، فهو يمكِّنه مع ذلك من التفاعل مع الآخرين بطريقة سوية إلى حد كبير».

تشتمل سيكولوجيا الحس المشترك على العمليات النفسية والتأملات والملاحظات والاستبطانات التى يحاول بها الشخص أن يتفهم أسبابَ عُسْرِه وأن يبحث عن مَخْرَجٍ من ضائقته، وتولِّدُ فيه المشاعرَ السلبية من توترٍ وحزنٍ واضطراب، وأن ينقِّبَ بالسليقة عن الوقائع والظروف التى أدت إلى هذا الانشغال الفكرى وبالتالى إلى هذا الكرب، وعندئذٍ يستطيع أن يتخذ الإجراءات الكفيلة بمداواة ألمه.

هذا اللون من التداوى الذاتي المألوف كثيراً ما نشملُ به الآخرين أيضاً فنتفهم آلامهم ونمد لهم يد العون. فنشجعهم مثلاً على أن يركزوا انتباههم على مصدر انزعاجهم وأن يتبنوا مواقفَ وحلولاً أكثر معقوليةً وواقعية. صحيحٌ أن الحكمة العادية لا تصيبُ دائما وأن النصائح العملية لا تكلل بالنجاح على طول المدى، غير أنها تُعينُ كثيراً من الناس، إن لم يكن معظمهم، على تَمالُكِ أنفسِهم وحفظ توازنهم معظم الوقت. كما تَهدى هذه البصائرُ الفطرية والاستراتيجيات البينشخصية، فضلاً عن ذلك، إلى تأسيس نوعٍ من العلاج النفسى المنهجى المتطور.

عندما يفشل الحس المشترك

رغم مآثره التى لا تنكَر فى تقديم إطارٍ لفهم السلوك والاتجاهات وتغييرها، فكلنا يعلم عيوبَ الحس المشترك ومواطنَ قصوره. فقد ثبتَ لنا فشلُه فى تقديم تفسيراتٍ مقبولة ومفيدة للاضطرابات الانفعالية.. تلك الاضطرابات الملغزة المحيرة.

خذ على سبيل المثال لغز الاكتئاب : فهذه امرأةٌ عاشت عمرها شَغوفاً بالحياة معتزةً بذاتها وبإنجازاتها راعيةً لأطفالها بحنانٍ ظاهر وحب شديد، يصيبها الاكتئاب فتفقد اهتماماتها وتتقوقع وتنزوى وتهمل أطفالها، وتنشغل بتقريع الذات وبالرغبة فى الموت. بل يَعِنُّ لها فى لحظةٍ من اللحظات أن تقتل نفسها وتقتل أبناءها، وتكاد تفعل لولا لطفُ الله.

كيف للحكمة الشعبية أن تفسر التغير الشديد الذى اعترى هذه السيدة؟ فهى فيما يبدو تلغى أبسط مبادئ الطبيعة البشرية وتضرب بها عُرض الحائط، شأنها فى ذلك شأن غيرها من مرضى الاكتئاب. إن رغبتها فى الانتحار وفى قتل أطفالها لَتقفُ متحديةً أعتى الغرائز الإنسانية وأجلَّها - أعنى غريزة البقاء وغريزة الأمومة. كما أن انزواءها وتحقيرها لذاتها يقفان على النقيض التام لمبدأ مُسَلَّمٍ به من مبادئ السلوك الإنسانى - هو مبدأ اللذة - إن الحس المشترك ينقلب عاجزاً عن فهم اكتئابها أو عن تجميع مكونات هذا الاكتئاب فى صورة متسقة. وربما يحاول البعضُ أن يبدد حيرته بإزاء مريض الاكتئاب فى انزوائه ومعاناته العميقة بأن يتهمه بمحاولة لفت الأنظار أو بغير ذلك من الأفكار التقليدية. ولكن، أن يعذبَ الشخصُ ذاتَه حتى الانتحار من أجل إرضاء غيرِ مضمون من مثل لفْتِ الأنظار، ذلك شئٌ يتجاوز قدرتَنا على التصديق ويناقض كلَّ فطرةٍ وسَجيَّة.

كى يمكننا أن نفهم لماذا أرادت الأم المكتئبةُ أن تُنهِىَ حياتَها وحياةَ أبنائها، فإن علينا أن نلج إلى داخل منظومتها الفكرية ونرى العالمَ بعيونها هى، غيرَ مقيدين سلفاً بالتصورات التى تنطبق على غير المكتئبين. إن إلمامنا بوجهات نظر مريض الاكتئاب يفسر لنا سلوكَ هذه الأم ويُسْبِغ عليه المعنى. فمن خلال عملية مشاركة وجدانية empathy وتوحُّدٍ identification بالمريض يمكننا أن نفهم المغزى الكامن وراء خبراتها. عندئذ يصبح بإمكاننا أن نقدم تفسيراتٍ يقبلها العقل بشأن هذه المريضة بالنظر إلى إطارها المرجعى الخاص.

وقد اكتشفْتُ خلال فحصى لهذه المريضة أنها ضحية أفكارٍ خاطئة عن نفسها وعن العالم. فقد كانت تعتقد دون أى مبرر أنها أم فاشلة غير قادرة على أن توفر لأبنائها أدنى درجات الرعاية والحَدْب، وأن حالتها ميئوس منها. وإذا كانت تعزو فشلها وعجزها المزعومين إلى ذاتها وليس إلى أى شئ آخر، فقد أخذت تُصْلِى ذاتها ناراً من اللوم والتبكيت.

وبنظرةٍ إلى المستقبل وجدَتْ هذه الأم أن أبناءها سوف يصيبهم من الشقاء قدر ما أصابها. وإذ شرعتْ فى التماس الحلول رأت أنه مادامت هى غير قادرة على تغيير حالها فإن قرار الانتحار بالنسبة لها أمرٌ مفروغٌ منه. ولكن ما أرَّقَها وأقضَّ مضجعها حقاً هو فكرة أن

يُتْرَكَ أطفالُها دون أم . . دون حب ورعاية تعلم تماماً أن ليس غيرَ الأم قادرٌ على منحهما . وبناءً على هذا قررتْ أن تجنبهم ذلك الصنفَ من البؤس الذى كانت تعانيه، وذلك بأن تُنْهِى حياتَهم هم أيضاً . وجديرٌ بالذكر أن هذه الأوهام كانت تسيطر على وعيها إبان ذلك إلا أنها لم تفصح قَط عنها إلا بعد الفحص النفسى الدقيق والاستكشاف المتأنى لأفكارها ونواياها .

قد يصدمنا هذا اللون من التفكير الاكتئابى بعبثيته ولا معقوليته . إلا أنه يسترد معناه واتساقه حالما ننظر إليه داخل الإطار الفكرى الخاص بهذه المريضة . فلو سلمنا جدلاً بصحة المقدمات التى ترتكز عليها (وهى أنها محكوم عليها بالشقاء هى وأبنائها نتيجةَ نقائصها المفترضة) للزمَ عن ذلك منطقياً أن التعجيل بوضع نهايةٍ لهذا الشقاء هو خيرٌ للجميع . فكَوْنُها فاشلةً عاجزة عن فعل أى شئ يؤدى منطقياً إلى انعزالها التام وفقدها للهمة، وشعورها بالحزن الغامر ينتج بالضرورة من توبيخها المستمر لذاتها وضياع أملها فى الحاضر وفى المستقبل . وما كدتُ أسلط الضوء على الأوهام التى رانت على عقل هذه المريضة حتى ارتسمتْ لى طرقٌ عديدةٌ لتصحيح مفاهيمها وحثها على مراجعة المقدمات غير الواقعية لمنظومتها الفكرية .

من هذا المثال يتبين لنا لماذا يفشل الحس المشترك فى تفسير اضطرابٍ انفعالىٌ كالاكتئاب . فهناك دائماً معلوماتٌ محوريةٌ ناقصة (هى فى هذا المثال فكرة المريضة عن نفسها وعن العالم وعن المستقبل . . تلك الفكرة المحَرَّفة الشائهة) . ومع ذلك فيمكننا العودة إلى استخدام أدوات الحس المشترك لحل المعضلة بمجرد أن نضع أيدينا على هذه المعطيات المفقودة . فما ان نضع كلَّ شئ فى موضعه الصحيح حتي يبرز لنا تكوينٌ أو نموذج واضحُ الدلالةِ والقصد . ولكى نستخلص تعميمات صحيحة من هذه النتيجة علينا أن نتحرى هذا النموذجَ فى مرضى آخرين يعانون من نفس الصنف من الاضطراب الانفعالى . عندئذٍ يكون من الضرورى أن نجرى سلسلةً من الإجراءات التجريبية لتدعيم المنهج الجديد فى فهم هذا الاضطراب . وبعد أن نأخذ نتائج هذه التجارب بالمراجعة والتنقيح والتحقيق، يمكننا أن ننظر ما إذا كانت صياغتنا النهائية تفى بالمطلب الأساسى للعلم فى رأى هوايتهد وهو أن تقنع الحس المشترك وترضيه .

لننتقل الآن إلى حالة المريض بالغسل القهرى . إنه يقضى وقتاً يفوق كلَّ حد فى غسل يديه وغيرها من الأجزاء المكشوفة من جسمه . وحين نطالبه بتفسير لذلك يقول إنه ربما يكون قد لامَسَ الجراثيم التى قد تسبب له مرضاً خطيراً إذا هو لم يطهر يديه بدقة . والغريب أنه قد يعترف بأن الذى يخشاه بعيد الاحتمال، إلا أنه يمضى فى غسل يديه ولو كان ذلك يعيقه فى

عمله وعلاقاته الاجتماعية واستجمامه، وربما فى نومه وطعامه. يفسر التحليلُ النفسى التقليدى هذا السلوكَ بأن المريض لديه « تثبيتٌ شرجىٌ» anal fixation أو أنه يحاول أن يمحو إحساساً بالذنب نابعاً من رغبة لا شعورية مُحَرَّمَة.

غير أننا حين نمعن النظر فى تفكير المريض يتبين لنا أنه كلما لامَسَ شيئاً يحتمل أن يحتوى على بكتريا تتملكه فكرةُ أنه ربما التقط مرضاً خبيثاً. وفى نفس الوقت تتمثل فى مخيلته صورتُه وهو راقد فى أحد أَسِرَّة المستشفى يعانى النزعَ الأخير من أثر ذلك المرض. فكلٌ من الفكرة والصورة الخيالية إذن يولِّدُ القلق. ولكى يُبْطِلَ هذا الخوفَ ويخمده يُهْرَعُ إلى أقرب حمام ويبدأ فى غسل نفسه.

وقد أسستُ طريقةً لعلاج هذه الحالات بأن أَحُثَّ المريضَ، فى حضورى، على لمس أشياء متسخة ولكنى، بموافقة مسبقة منه، أُقصى عنه كلَّ فرصةٍ لغسل يديه فأحرمه بذلك من آلية تخليص نفسه من القذر المحمل بالجراثيم. عندئذٍ يبدأ فى تصور نفسه راقداً بالمستشفى يموت من المرض المخيف، وتمثُل هذه الصورةُ فى مخيلته تلقائياً وتبلغ من الوضوح والجلاء مبلغاً يعتقد معه أنه قد التقط المرضَ بالفعل، فيشرع فى السعال ويشعر بحُمَّى وضعفٍ وتساوره إحساساتٌ غريبةٌ تشمل كلَّ جسمه. فى هذه اللحظة يكون بإمكانى أن أقطع عليه خياله وأبرهن له أنه غير مريض فى واقع الأمر، وأن قُوَّتَه موفورة، وأن حرارته طبيعية، وأن بإمكانه أن يتنفس دون سعال. هذه المقاطعة المتبوعة بحفز المريض على التقييم الواقعى لحالته الصحية، تؤدى إلى إزالة خوفه من التقاط مرض قاتل وتقلل من ميله القهرى إلى غسل يديه.

الآن وقد وضعنا أيدينا على المعلومة المحورية، وهى أن المريض ينتابه خيالٌ وإحساسٌ جسمى بمرضٍ خطير إذا حِيل بينه وبين الغسل، يتبين لنا أن ميله القهرى إلى غسل يديه هو شئ له معناه ومغزاه. وتعصمنا هذه المعلومةُ، فضلاً عن ذلك، من إغراء التشبث بتفسيراتٍ غامضة لن تعود بالنفع على المريض فى محنته النفسية الخطيرة. بذلك تنهض حالةُ الغسل القهرى مثالاً واضحاً على الدور الحاسم الذى تلعبه عمليات التخيل فى بعض الأمراض، متضمنةً الخيالات البصرية وما يصاحبها من إحساساتٍ جسمية قائمة على الإيحاء الذاتى.

ما بعد الحس المشترك: العلاج المعرفى

حين نرد الاضطرابات النفسية إلى مقدمات منطقية خاطئة وقابلية لخبرات خيالية محرَّفة، فنحن نحيد عن التفسيرات السائدة بدرجة كبيرة. لقد افترض فرويد أن السلوك الشاذ له جذوره فى اللاشعور، وأن ما يبدو عبثاً ولا معقولاً على مستوى الشعور لا يعدو أن يكون ظاهراً لدوافع لا شعورية باطنة. ولكننا نرى أن وجود التحريفات وخداع الذات لا يتطلب فرضيةَ اللاشعور كما تصوره فرويد. فبإمكاننا أن نفهم اللا معقوليةَ كعجزٍ عن تنظيم الواقع وتفسيره.

ليست الأمراضُ النفسيةُ بالضرورة نتاجَ قُوى خفيةٍ سريةٍ مستغلقة. فقد تنتج عن عمليات عادية من قبيل التعلم الخاطئ، والاستدلال المغلوط المبنى على معلومات غير كافية أو غير صحيحة، وعدم التمييز بين الخيال والواقع. كما أن التفكير قد يكون واهماً لأنه مستمدٌ من مقدماتٍ خاطئة، والسلوك قد يكون انهزامياً لأنه مبنى على اتجاهاتٍ غير عقلانية.

نَخْلُصُ من ذلك إلى أن المشاكل النفسية يمكن أن تُحَلَّ عن طريق شَحْذ الفهم والتمييز، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتعلمُ اتجاهاتٍ أكثر تكيفاً. وحيث ان الاستبطان introspection، والتبصر insight، واختبار الواقع reality testing، والتعلم learning عمليات معرفية cognitive بالدرجة الأساس، فقد أسمينا هذا المدخل لفهم العصاب «العلاج المعرفى» (Beck, 1967,p. 318)

يَحُثُّ المعالج المعرفىُّ مريضَهُ على تصحيح أفكاره المغالطة مستخدماً فى ذلك نفس التقنيات الخاصة بحل المشكلات التى كان يستخدمها طوال حياته. فمشاكلُ المريض مستمدةٌ من تحريفاتٍ معينة للواقع مبنية على مقدمات منطقية مغلوطة ومفاهيم عقلية خاطئة. وتنشأ هذه التحريفات نتيجةَ تعلُّمٍ ناقصٍ أثناء مراحل النمو. والوصفة الطبية ببساطة هى أن نساعد المريض على أن يتعرف على أفكاره المغلوطة وأن يتعلم طرقاً أكثر واقعيةً لصياغة خبراته.

بذلك يقترب العلاج المعرفى من فهم المريض ويقدم للأمراض العصابية وعلاجها تصوراً غيرَ بعيدٍ عن خبراته العادية.. تصوراً يلحقها بغيرها من المواقف التى سبق أن أخطأ فيها الفهم وأساء التقدير ثم لم يلبث أن راجع نفسه وتدارك خطأه مستخدماً تقنياته العقلية

العادية. والمعالج المعرفي إذ يخاطب المريض بمنطق واضح ويقترح عليه تقنيات مألوفة، فهو قادرٌ على أن يؤتي ثماره العلاجية منذ الجلسة الأولى.

إن التطورات الحديثة داخل المدارس السيكولوجية الكبرى تقف شاهداً على أهمية المدخل المعرفي في فهم العُصاب وعلاجه. وبدا الفهم المعرفي كأنه نقطة التقاء جديدة بين السلوكية والتحليلية آخذة في التنامي والاتساع. وقد اضطلع روبرت هولت Robert Holt (١٩٦٤) بعرض هذا التقارب الجديد ورسم خارطته. فقد أدرك التحليليون دعاة العمق، والسلوكيون أنصار الموضوعية، أن إغفالَهم للجانب المعرفي قد فوَّت عليهم حَلَّ كثير من المشاكل الحقيقية والهامة، وأن تناولهم لهذه المشاكل لا يعني التنكر لمبادئهم الأساسية. ومن ثَمَّ بدأ «علم نفس الأنا» Ego Psychology في البزوغ داخل المدرسة التحليلية مستلهماً كتابات هارتمان Hartmann (١٩٦٤) وكريس Kris (١٩٥٢) ورابابورت Rapaport (١٩٥١)، وموجهاً الاهتمام إلى طبيعة الواقع وآليات التكيف النفسي لهذا الواقع. كما بدأ السلوكيون يولون اهتماماً بالتفكير وعملياته ولا يقصرون عملهم على دراسة التعلم. وحتى في نطاق التعلم فقد بدأ السلوكيون يهتمون بدراسة تعلم المفاهيم والأفكار بعد أن كان تركيزهم منصباً على الأداء الحركي، ويهتمون بتعلم الكلمات ذات المعنى بعد أن اقتصرت تجاربهم على تعلم المقاطع المفتقرة إلى المعنى.

لقد أخذ المعالجون يفيدون من طرائق العلاج المعرفي بشكلٍ متزايد رغم ولائهم لمدارسهم الخاصة. فكثير من العلاج السلوكي، رغم ما يبدو من ارتكازه على نظريات التعلم واعتماده على التجارب المعملية، لا يبعد كثيراً عما اعتاد الناسُ فعلهَ منذ القدم لمغالبة مشاكلهم النفسية. فإجراء «بروفة» rehearsal خيالية للموقف المرهوب هو لب العلاج السلوكي المسمى «خفض الحساسية المنظم» systematic desensitization وتدريبات توكيد الذات assertive training التي يضطلع بها السلوكيون لا تزيد كثيراً عما كان يفعله كثير من الناس على السجية. أما أطباء الأعصاب neuropsychiatrists فقد أخذوا يصفون لمرضاهم كثيراً من العلاجات العملية من مثل التوجيه والتفسير والتشجيع والتغيير، دون أن يضطروا إلى التنكر لفكرتهم المحورية وهي السببية الفيزيائية.

ونحن نتوسم أن تعطي المحاولات الجريئة لعلماء النفس الإنسانيين الملقبين «بالقوة الثالثة» the third force (Goble, 1970) دفعة كبيرةً لهذه الروح المشتركة. فقد تحمس أولبورت Allport (١٩٧٠) لهذا الانتقال لبؤرة الاهتمام إلى الأفكار الواعية والرغبات والمُثل،

واعتبرها « ثورة حقيقية » وأسمى ذلك الاتجاه « العلاج الموقفى » attitudinal therapy مشيراً إلى وجود نقاط اتفاق تجمع نظريات كُتاب متباينين من مثل أدلر Adler وإريكسون Erikson وهورنى Horney وماسلو Maslow وروجرز Rogers. ونحن نضيف إليهم ألبرت إليس Albert Ellis بالضرورة.

ما هى هذه الأرض الوسطى التى رسم حدودَها إنسانيو « القوة الثالثة » وما تزال ترويها بالتنقيط زخاتٌ متانيةٌ من التحليل النفسى والسلوكية؟ إنها المدخل الجديد الذى يولى اهتماماً أكبر للمحتوى الظاهر للوعى من افكار وأهداف واتجاهات، ويتوفر على خواطر المريض واستبطاناته لذاته وخططه لحل مشكلاته.

وقد أبرز سيلفانو أريتى Arieti (١٩٦٨) أهمية السيكولوجيا المعرفية كطريقة لفهم المشكلات الإنسانية. وهو محلل نفسى أطلقَ على المجال المعرفى اسم « ستدريللا الطب النفسى » مؤكداً أن « قسطاً كبيراً من حياة المرء مَرَدُّه إلى بناءاته المعرفية cognitive constructs، وأننا من المحال أن نفهم الكائن الإنسانى دون أن نعرض لهذه البناءات الهامة من مثل صورة الذات self - image، وهويتها self- identity، والتماهى (التوحد / التقمص) identification، والأمل، والتشوُّف إلى المستقبل» (ص ١٦٣٧).

ومن يُمْن الطالع أن الإنسان يستطيع بسهولة أن يتعرف على مفرداته المعرفية. هذا الوضوح والتحدد الذى يميز الظواهر المعرفية هو ما يجعلها قابلةً للبحث التجريبى. هذه القابلية للاختبار هى التى دفعت كثيراً من الكتّاب ذوى التدريب السلوكى (من أمثال ماهونى Mahoney، ١٩٧٤؛ وميشنباوم Meichenbaum، ١٩٧٤) إلى محاولة استكشاف الدور الذى تلعبه العملياتُ المعرفيةُ فى مجال السيكوباثولوجيا والعلاج النفسى. وقد جاءت كثير من الدراسات الحديثة مؤيدةً للمبادئ التى يقوم عليها العلاج المعرفى، وأدى الاهتمام المتزايد بهذا المنهج إلى إجراء كثير من التجارب العلاجية البحثية التى برهنت على كفاءته.

الفصل الثانى

استكشاف منظومة الاتصال الداخلى

« الشخصية أشبهُ بمؤتمرٍ كاملٍ يضم عدداً كبيراً من الأفراد، منهم الخطباء وجماعات الضغط والأطفال، ومنهم الغوغائيون والشيوعيون والانعزاليون وتجار الحروب، وفيهم المستقل والمحافظ ومُبتزّ الأموال ومقايض الأصوات، وبينهم أشباه قيصر والمسيح ومكيافلى ويهوذا وبروميثيوس الثورى. »

هنرى مرى

الرســالــة الخفيــة

ثمة وابلٌ من العلامات والإشارات الصادرة من البيئة يصل إلى جهازنا العصبي في كل لحظة فيملى علينا ما نفعله وما نحسه بطرقٍ عدة. كُلُّنا يعرف ذلك ويدريه. فنحن نتوقف لدى الإشارةِ الحمراء، ونتنكَّبُ مناطق التفجير، ونحتج على سوء المعاملة، ونبتهج للمدح، ونستاء من التأنيب. ولكننا أقل درايةً بمنظومة الإشارات الداخلية التي تناظر الإشارات الخارجية. إن لدينا جهازاً ذاتيّ التنظيم يقوم بفعلنة processing الرسائل الواردة ويفك شفرتها ويفسرها، ويصدر إلينا الأوامرَ والنواهي، ويأخذ النفسَ بالإطراء والتبكيت.

وتتواشج هاتان المنظومتان مثل تروس الآلة بحيث لا تؤثر فينا المنظومةُ الخارجيةُ من المؤثرات إلا بقدر ما تحركُ نظيرتَها الداخلية. فبإمكان تشغيلاتنا الداخلية أن توصد البابَ في وجه المؤثرات الخارجية أو تشيح عنها فلا نعود نواكب المجريات الخارجية. على أن التفاوت الشديد أو المزمن بين المنظومتين قد يسفر عن اضطراباتٍ نفسية.

إن نقص معلوماتنا عن السلوك الإنساني هو الذي جعلَ الغموضَ يلقي بظله على اضطرابات الانفعال، وجعل كثيراً من خصائصها محيراً ملغزاً يتحدى كلَّ فطرةٍ وسليقة. وما ان تتوافر المعطياتُ الشاغرةُ للباحث أو المعالج حتى يعود بمقدوره أن يطبق وسائله ويتفهم أكثر الأعراض غموضاً وإبهاماً. إن كشف المعاني الملتحمة بكل استجابة شاذة هو مشروع مثير من شأنه أن يثرى فهمنا للسلوك الإنساني أيَّما إثراء. وهاكم أمثلةً توضيحية من واقع الممارسة الإكلينيكية.

* فهذه امرأة تسير في الطريق، فتدرك فجأةً أنها ابتعدتْ عن بيتها قيدَ ثلاثةِ مبانٍ، فينتابها على الفور شعور بالإغماء.

* وهذا رياضيٌّ محترف يعتريه انقباضٌ وخفقانٌ كلما اجتاز بسيارته خلال أحد الأنفاق، فيظل مختنقاً يلهث ويظن أنه يُحْتَضَر.

* وهذا روائى ناجح جعل يبكى بمرارة عندما امتدح الحاضرون عملاً من أعماله.

لقد حفزتْ مثلُ هذه الاستجابات المحيرة أصحابَ المدارس العلاجية المختلفة، وجعلت كلاً منهم يفتش فى جعبته عن تفسير. فهذه مدرسة التحليل النفسى تفسر إغماءَ المرأة التى ابتعدتْ عن بيتها تفسيراً لا شعورياً: ذلك أن خروجها يوقظ فيها رغبةً مكبوتةً فى الإغواء والاغتصاب (Fenichel, 1945) وهى رغبة تورث القلقَ بسبب طبيعتها المحرَّمة.

أما السلوكيون فيقدمون لقلقِ هذه المرأة تفسيراً مختلفاً يستند إلى نموذجهم الشرطى. فيفترضون أنها فى لحظة ما من حياتها كان قد نالها خطرٌ حقيقيٌّ قُدِّرَ له أن يتزامنَ مع موقف عادى من مثل التجوال بعيداً عن المنزل. هذا التزامن بين المؤثر الحميد والخطر هو الذى هيّأ هذه المرأةَ لأن تستجيبَ للمؤثر الحميد فيما بعدُ بنفسِ القلق الذى اعتادت أن تَجِدَهُ بإزاء الخطَر الحقيقى (Wolpe, 1969).

أما وقد تبين أن كلا التفسيرين التحليلى والسلوكى تُمليه النظريةُ إملاءً ولا يكاد يفيد من أىٍّ من المعطيات المتصلة بالموضوع، فإن لدينا تفسيراً آخر يفرض نفسَه حالما نستكشف منظومةَ الاتصال الداخلى.

فكلٌّ من المرضى الذين أشرنا إليهم فى الأمثلة الثلاثة يدرك أن هناك سلسلةً من الأفكار تتوسط بين الحدث والاستجابة الانفعالية البغيضة التى تنجم عنه. وما ان يتمكن المريض من ملء هذه الفجوة الفاصلة بين الحدث المؤثر وبين نتائجه الانفعالية حتى ينكشفَ مغزى هذه الاستجابة المحيرة ولا تعود لغزاً. وكلنا قادر بالمرانة والتدريب أن يمسك بهذه الشوارد من الأفكار والصور التى تتوسط بين الحدث والاستجابة الانفعالية.

فقد استطاعت المرأةُ فى المثال الأول أن تستحضر هذه السلسلة من الأفكار التى كانت تحدث قبيل شعورها بالقلق. فما ان تتبين ابتعادَها عن منزلها حتى كان يداخلها هذا الفكر: «إننى بالفعل بعيدة عن المنزل، فلو أنه حدث لى شئٌ الآن فلن يكون بمقدورى العودة إلى المنزل لأتلقى العون. لو أننى سقطتُ مغشياً علىَّ الآن فسوف يعبرنى الناسُ ولن يتعرفَ أحدٌ علىَّ ولن يساعدنى.» يتبين من ذلك أن سلسلة الوقائع المؤدية إلى القلق تتضمن تعاقباً من هواجس الخطر.

أما صاحبنا الرياضى الذى يعانى من رُهاب الأنفاق Tunnel phobia فقد أمكنه أن يحدد سلسلةً من الأفكار التى تدور حول مفهوم الخطر. فبمجرد دخوله إلى النفق كانت

تتملكه هذه الفكرة: «إنه من المحتمل أن ينهار هذا النفق فيكونَ مصيرى الاختناق». عندئذٍ ترتسم فى ذهنه صورةُ هذه الكوارث فيعتريه ضيقٌ بالصدر يفسره بأنه من علامات الاختناق الفعلى، وما تلبث هواجسُ الاختناق أن تُوَلِّدَ فيه مزيداً من القلق الذى يتمثل فى تسارع النبض وضيق التنفس.

أما الروائى الذى كان يعالج تباريحَ الاكتئاب، فقد استجاب إلى الإطراء بهذه السلسلة من الأفكار: «يا للكَذَبَة المضللين، يعرفون أننى روائى محدودُ القيمة ولا يريدون أن يقبلونى على ما أنا عليه، فما يزالون يكيلون لى المدائح الزائفة». وعندما كشف لنا عن هذه الأفكار تبدد الإبهامُ عن استجابته العكسية للمديح: فحيث أنه يعتبر عمله هابطاً فقد فَسَّر المديح بأنه مُخادِع، وخلص من ذلك إلى أنه يفتقر إلى علاقةٍ أصيلةٍ بغيره من الناس. وقد أدى به هذا الاستنتاجُ الخاطئ إلى مزيدٍ من الشعور بالعزلة والاكتئاب.

ومن المؤسف أن أصحاب المدارس الكبرى للعلاج النفسى لا يتقبلون مبدأ وجود أفكارٍ واعية تقع بين الحدث الخارجى والاستجابة الانفعالية الخاصة به. لقد أهملوا دراسةَ الفكر الواعى .. ذلك المصدر الرئيسى للمعلومات فاضطروا إلى استبعاده من صياغة نظرياتهم. ولكن مهما يكن من أمر هذه المدارس فليس من الصعب أن ندرب الأسوياء والمرضى على أن يلتفتوا إلى ما يدور بخلدهم فى المواقف المختلفة. عندئذ يستطيع كل إنسان أن يلاحظ أن هناك فكرةً ما تصل بين المؤثر سيجد القارئ طوال هذا الكتاب أنى أترجم كلمة stimulus إلى «مؤثر» رغم أن الأعم والأصوب ترجمتها إلى «منبه» أو «مثير». وذلك لتفادى الدلالات الإضافية التى تحملها لفظتا «منبه» و«مثير» وتخرج بهما عن المفاد الدقيق لكلمة stimulus. «المترجم».

الخارجى والاستجابة الانفعالية.

ولكنْ ماذا عن تلك الانفعالات التى تقع للإنسان فجأةً فى غياب أى حدث خارجى يفسرها؟ فى تأويل ذلك نقول إنه بالإمكان دائماً أن نثبت وجودَ «حدثٍ معرفى» cognitive event، هو فكرة أو ذكرى أو صورة، مندمجٍ فى المجرى الطليق للوعى، ومسبب لهذه الاستجابة المفاجئة. وقد يكون هذا الاتجاه المعرفى السائد هو علة استمرار الانفعالات البغيضة فى الاضطرابات الانفعالية كالاكتئاب والقلق.

كثير من السلوكيين لا يوافقوننا على أن الفكر يلعب دوراً محورياً فى تشكيل الانفعال.

ويحاول بعضُهم أن يثبتَ أن المؤثرات الخارجية تولِّدُ الاستجابةَ الانفعاليةَ مباشرةً، وأن الشخص يقحم تقييمَه المعرفيَّ للحدث بعد ذلك باستعادته وتأمله، أى (بأثر رجعى). ولكننا نستطيع أن نؤكد أن الشخص الذى تدرب على أن يتعقبَ أفكاره ويمسكَ بها بمقدوره أن يلاحظَ مراراً وتكراراً أن تفسيره للموقف يسبق استجابته الانفعالية. فهو إذ يرى سيارةً منطلقةً نحوه على سبيل المثال، فإنه يفكر أولا: «إنها ستصدمنى» ثم يشعر بالقلق. بل إنه قد يغير تقييمَه للموقف فتتغير استجابته الانفعالية. فهذه فتاةٌ، على سبيل المثال، يَقرُ فى ظنها أن صديقاً لها قد مرَّ دون أن يحييها، فتقول لنفسها «إنه يزدرينى» وتحس بالحزن. ثم يتبين لها فى النظرة الثانية أنه لم يكن صديقَها فلا تلبث مشاعر الاستياء أن تزول.

إن من الصعب فى الحقيقة أن نتصور كيف يمكن لشخصٍ أن يستجيب لحدثٍ ما قبل أن يُقَيِّمَ طبيعةَ هذا الحدث. وعلى النقيض من المؤثرات المعملية البسيطة من مثل رنين الجرس أو صدمات الكهرباء، الشائعة فى التجارب السلوكية، فإن مفرادتنا البيئيةَ الدالةَ تتسمُ عامةً بالتركّب والتعقيد بحيث تتطلب منا ملكةَ الحكم judgement لكى نقرر ما إذا كان موقفٌ ما مأموناً غير ذى خطر، وما إذا كان شخصٌ ما صديقاً أو عدواً. وكثيراً ما يتوقف ذلك على مفاتيح دقيقة نحدد بها ما إذا كان مزاحه بريئاً مثلاً أو سخريةً عدائية. ولا شكَّ أن أحداثَ البيئة هى مؤثراتٌ مُلِحَّة تحملنا على أن نستجيب لها شئنا ذلك أم أبينا، فإن لم نستجب لها بناءً على عملياتٍ معرفية مثل التمييز والاستيعاب فسوف نستجيب بناءً على إشراطات ماضية تجعل ما ينتابنا أحياناً من ضحك أو بكاء أو غضب يبدو مُنْبتّاً عن واقع المجريات. مثل هذه الاستجابات النزوية قد يُوَكِّلُ التنبؤ بها إلى النظرية السلوكية التى تؤكد أن الاستجابات الانفعالية تقوم على إشراطاتٍ طارئةٍ قديمة يفجرها ما يدور حالياً من وقائع سبقَ ارتباطُها فى الماضى بمواقفَ مثيرةٍ انفعالياً.

تتجلى أهميةُ الكشف عن الوجه المعرفى للشخص بشكل خاص حين نكون بصدد استجابات انفعالية نقيضية. فحين نقف على المحتوى المعرفى ندرك على الفور أن ما يبدو مفرِطاً غير واقعى من الغضب أو القلق أو الحزن الذى يبديه الشخصُ يستند فى الحقيقة إلى تقديراته الشاذة للحدث. وفى أمراض الانفعال تسود وتطغى هذه التقديرات الشاذة.

اكتشاف الأفكار الأوتوماتيكية

أود الآن أن أتطرق إلى شئ من سيرتى الذاتية ربما يلقى مزيداً من الضوء على أطروحتى

عن دور المعرفة في اضطرابات الانفعال. لقد مارستُ التحليلَ النفسي والعلاج التحليلي سنوات عديدةً قبل أن تسترعي انتباهي حقيقةُ أن معارفَ المريضِ لها بالغُ الأثر في مشاعره وسلوكه. فقد كنتُ أعلِّمُ كلَّ مرضاي قواعد التداعي الطليق Free association وذلك بأن أطلب من المريض أن يقول كلَّ ما يَعنُّ لذهنه دونَ انتقاء (Fenichel, 1945, p.23) وقد تعلَّمَ معظمهم جيداً أن يقهر أيَّ مَيْلٍ لمراقبة أفكاره. وكانوا يُعَبِّرون بشئ من الحرية عن مشاعرهم ورغباتهم وخبراتهم التي يخفونها على الناس خشيةَ الاستهجان. ورغم ما تبينَ لي من استحالة أن يبوح المرضى بكل أفكارهم فقد ظللتُ أعتقد أن أقوالهم تمثل قطاعاً عرضياً لا بأس به لفكرهم الواعي.

غير أني بدأت ذاتَ يومٍ أشك أن المرضى كانوا يغفلون أنواعاً معينة من الأفكار لا عن مقاومةٍ أو دفاعٍ من جانبهم بل لأنهم لم يتعلموا التركيز عليها. وقد أدركتُ فيما بعد أن هذه الأفكار بالذات هي الحاسمة حقاً في فهم طبيعة المشاكل النفسية. وربما يكون بعضُ التحليليين قد كشفوا الغطاء عن هذه المادة الثرية، غير أنهم لم يُنْزِلوها في تراثهم كما هي دون تحوير وتاويل.

وسوف أعرض الآن لخبرةٍ علاجيةٍ حفزتني على الاهتمام بهذه المادة غير المنطوقة وتعقُّبها بالبحث والدراسة.

فقد حدث أن كنتُ أعالج مريضاً لي علاجاً تحليلياً، وبينما كان سادراً في تداعيه الطليق أخذ ينتقدني بحنقٍ وغضب. وبعد أن توقفَ سألتُه «ماذا تحس الآن؟» فقال: «أحس بالذنب إحساساً شديداً». يومها كنتُ قانعاً بفهمي لما جرى. فقد كان هناك، وفقاً للنموذج التحليلي التقليدي، علاقةٌ بين عدائه وذَنْبِه هي ببساطة علاقةُ علةٍ بمعلول ولم يكن لديَّ يومئذ ما يدعوني إلى توسيط أي حلقاتٍ أخرى في السلسلة.

غير أن المريض تطوعَ عندئذ بتقديم معلومةٍ جعلتني أعيدُ تقييمَ الموقف من جديد. ذلك أنه فيما كان ينحي عليَّ بالانتقادات المشحونة بالغضب كان لديه أفكارٌ أخرى آخذة مجراها مَفادُها لومُ الذات. لقد أفاد المريضُ أن هناك تيارين من الأفكار كان يجريان في نفس الوقت تقريباً: أحدهما تيارُ العداء والانتقاد اللذَين عَبَّرَ عنهما أثناء التداعي الطليق، أما التيار الآخر فكان يجري هكذا: «إنني لا أقول الحق.. ما كان يصح أن أقول هذا.. إنني مُتَجَنٍّ في انتقادي له.. إنني سيئ.. إنني وضيع دنئ بدرجةٍ لا تُغْتَفَر».

لقد قَدَّمَتْ لي هذه الحالةُ أولَ مثالٍ محدد على وجود تيارٍ من الأفكار يجرى موازياً للأفكار المعْلَنة. فأدركتُ أن هناك سلسلةَ أفكارٍ تتوسط بين تعبيرات الغضب ومشاعر الذنب. لم تكن هذه الأفكارُ البينيةُ واضحةً للعيان فحسب بل كانت تعليلاً مباشراً لمشاعر الذنب، بحيث حَوَّلَتْ معادلةَ الحدث إلى الآتي: لقد أحس المريضُ بالذنب لأنه كان ينحى على نفسه باللائمة بسبب أقواله الغاضبة لي.

ثم إننى جعلتُ أتحرى هذا الكشفَ الجديد شهوراً عدةً بل سنواتٍ مع مرضى آخرين خلال التداعى الطليق. فاكتشفت أن لديهم أيضاً تياراتٍ فكريةً لا يصرحون بها. غير أن كثيراً منهم، بعكس المريض الأول، لم يكونوا على دراية تامة بها قبل أن أحفزهم إلى التركيز عليها. تتميز هذه الأفكار المضمرة فى صورتها النموذجية بالانبثاق التلقائى والسرعة الخاطفة. وهى فى ذلك تباينُ الأفكارَ المعلنة. ولكى أتمكن من استكشاف هذه الأفكار المضْمَرَة واستخراجها كان علىَّ أن أوجه المريضَ إلى أن يولى جُلَّ انتباهه إلى أفكارٍ بعينها ثم يفصح لى عنها. إنه ضربٌ من تغيير بؤرة الانتباه ثبتتْ فعاليتُه كما يوضح المثالُ التالى.

كانت لى مريضةٌ ينتابها قلقٌ مستمر أثناء الجلسات العلاجية دون سببٍ واضح. وقد تَطَرَّقَتْ فى إحدى الجلسات إلى الحديث عن صراعاتٍ جنسية معينة. ورغم مسحةٍ من الحرج فقد أفصحَتْ السيدةُ عن هذه الصراعات الحساسة بحرية ودون تَحَرُّز. وقد احترتُ لأمر هذه المريضة ولم أفهم سِرَّ قلقها وتحرجها طوال الجلسات. فقررت أن أوجه انتباهها إلى الأفكار التى كانت تراودها أثناء حديثها معى خلال العلاج. وعندما طلبتُ منها ذلك أدركَتْ أنها لم تلتفتْ من قبل إلى هذا التيار من الفكر. وبشئ من التركيز تبينَتْ هذه السلسلةَ من الأفكار: «إننى لا أعبر بوضوحٍ عن نفسى.. إنه ضجِرٌ منى.. بل ربما يكون عاجزاً عن فهم ما أقول.. إن حديثى قد يبدو له سخيفاً.. من المحتمل أنه سيحاول التخلص منى».

عندما استطاعت المريضة أن تلتفت إلى هذه الأفكار وتسلطَ عليها الضوء، بدأتُ أتفهم مغزى قلقها الملازم لها طوال الجلسات. لم يكن لتَحَرُّجِ هذه السيدةِ وارتباكها علاقةٌ بالصراعات الجنسية التى وصفَتْها، بل كان لُبُّ مشكلتها هو تقييمها الفكرى لذاتها وتوقعاتها لاستجابات المعالج. فهذه السيدة رغم ما تتحلى به بالفعل من فصاحةٍ وجاذبية كانت تتملكها أفكارٌ تدور حول موضوع واحد. هو أنها مُملَّة عاجزة عن التعبير. وحين استطاعت أن تضع يدها على هذه الأفكار الخاطئة وتتناولها بالمراجعة والتصحيح، زايلها ذلك القلقُ الذى كان يلازمها أثناء الجلسات.

وقد بَدَتْ لى الأفكارُ الأوتوماتيكيةُ للمرضى فى بداية الأمر من قَبيل الطرح Transference بمعنى أنها تتعلق بتقييم المريض لما يقوله لى أو يزمع أن يقوله، وللاستجابة التى يتوقعها منى تجاه حديثه. ولكنْ تبينَ للمرضى فيما بعدأن هذه الأفكار ذاتها تنسحب على تفاعلاتهم مع سائر الناس. وبدا أن هناك حقيقةً جديدةً تزداد وثوقاً يوماً بعد يوم. ذلك أن المرضى هم على اتصالٍ دائمٍ بأنفسهم، دون أن يفطنوا لذلك، سواء خارج الجلسات أو داخلها. وقد استطعنا عن طريق التوليف على نظام الاتصال الداخلى كما هو أن نحدد المشاكلَ المحورية للمريض بدقةٍ أكبر. فتلك السيدة التى كانت تظن أنها تُضْجِرنى، على سبيل المثال، تَبينَ أنها تعانى نفس الأفكار فى كل تعاملاتها الشخصية.

ولكى أُفَجِّرَ هذا النبعَ الثرَّ من المعلومات كان من الضرورى أن أدرب مرضاى على ملاحظة تيار الأفكار المضمرة. فمادمتُ قد اكتشفتُ ابتداءً أن الأفكارَ المضمرةَ سابقةٌ على الانفعال فقد كانت تعليماتى للمرضى هى: «حالما انتابك شعورٌ أو إحساسٌ بغيض حاوِلْ أن تستدعى الأفكار التى كانت لديك قبيل هذا الشعور» وقد ساعدهم هذا التوجيه على أن يشحذوا انتباههم إلى أفكارهم فيتمكنوا فى النهاية من التعرف على الأفكار السابقة على الخبرة الانفعالية. ولما كان شأن هذه الأفكار أن تنبثق تلقائياً وبسرعة خاطفة فقد وَسَمْتُها باسم «الأفكار الأوتوماتيكية» automatic thoughts. وكما سوف نرى فى الفصول التالية، فإن تحديد الأفكار الأوتوماتيكية كان هو المادة الخام التى شكلنا منها فهماً جديداً للانفعالات واضطراباتها.

غير أن ملاحظة هذه الأفكار الأوتوماتيكية قد شكلت معضلة. فقد كان مرضاى، وفقاً لتوجهى التحليلى، يتبعون القواعد التحليلية ويقدمون المادة التى دأب جميع المرضى على تقديمها فى عملية التحليل النفسى psychoanalysis. يشهد على ذلك أساتذتى المشرفون فى معهد التحليل النفسى ممن راجعوا معى الأقوال الحرفية لمرضاى فى تداعيهم الطليق. ولكن الأساليب التحليلية السائدة مثل التداعى الطليق، ومغالبة الرقيب overcoming censoring، وتفسير المقاومة interpreting resistances، لم تنجح (باستثناء الحالات التى وصفتُها آنفاً) فى تحصيل الأفكار الأوتوماتيكية.

وقد خلصتُ بعد مزيد من التمعن والتمحيص إلى أن مرضاى فى الحقيقة لم يكونوا يركزون كما يجب على تيار أفكارهم. فقد كانوا يقدمون مادةً تتصل بمشاكلهم الحالية وأحلامهم وذكرياتهم أو يقدمون حكايات عن خبراتهم، أو يقفزون من فكرةٍ إلى أخرى فى

سلسلة من التداعيات. ولكنهم لم يركزوا قط على ملاحظة أفكارهم والإدلاء بها. وبات واضحاً أن كثيراً مما قدموه كان مبنياً على حدسهم لما يُرَجَّح أنهم كانوا يفكرون به وليس على تركيز حاد على ما كانوا يفكرون فيه بالفعل.

لماذا يفشل التداعى الطليق بصورته التقليدية فى كشف النقاب عن هذه الأفكار الأوتوماتيكية؟ أحد التفسيرات المحتملة هو أن الناس قد ألفوا أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة ويتحدثوا إلى الآخرين بطريقة مختلفة تماماً. ورغم ما تمارسه عليه هذه الإشارات الداخلية من تأثير قوى، فإن المريض لم يكن يعيرها انتباهاً طوال عمره. صحيح أنه على اتصال دائم بذاته، مفسراً للوقائع (أو مسيئاً لتأويلها) ومراقباً لسلوكه ومتنبئاً بالأحداث ومستخلصاً لتعميمات عن نفسه، وصحيح أننا فى الموقف العلاجى نجنبه أىَّ حرجٍ أو قلق يمنعه من البوح بأفكاره. ولكن المشكلة هى أنه إما غير واعٍ تماماً بأفكاره الأوتوماتيكية أو أنه لم يدر بخَلَده أن هذا النوع من الأفكار يستحق كثيرَ تمعُّن. ولذا فمن المستبعد أن يدلى المريض بأفكاره الأوتوماتيكية ما لم يُهَيَّأ للتركيز عليها.

وكلما زادت خطورةُ الاضطراب، كما فى الاكتئاب الشديد، زادت هذه الأفكار وضوحاً. وقد ازددتُ إحاطةً بوجودها، فى الحقيقة، عندما أجريتُ محاولات لاستكشاف المحتوى الفكرى لمرضى الاكتئاب الشديد. كما أننى لاحظتُ أن الأفكار الأوتوماتيكية أكثر سطوةً وتسلطاً فى مرضى الوسواس القهرى.

طبيعة الأفكار الأوتوماتيكية

أثارت خبراتى الإكلينيكية التى سلف ذكرها اهتمامى بقضية الأفكار الأوتوماتيكية، فشرعتُ أدرب مرضاى بشكل منهجى على ملاحظتها أثناء التداعى الطليق والإدلاء بها. وكنتُ أحثهم أيضاً على تسجيل ما يعرض لهم منها خارج جلسات العلاج. وكم كانت دهشتى أثناء مراجعتى لتقارير المرضى عن أفكارهم عندما فوجئتُ بالتشابه الكبير فى هذه الأفكار بين مختلف المرضى.

ومن الوجهة العملية، فإن التحديد الصريح للأفكار الأوتوماتيكية قد أعفانى، وأعفى المريض أيضاً، من التخمين فيما «يرجح أنه يفكر فيه» وجعل من الممكن تحديد أفكاره الفعلية بدقة كبيرة. وفيما يلى مثال آخر يوضح هذا المبدأ.

فهذه امرأةٌ أثناء التداعى الطليق تتحدث عن فيلم سينمائى شاهدته فينتابها شعورٌ بالقلق فيما كانت تصف الحبكة الروائية للفيلم. وعندما سألتها عن سبب قلقها أجابت «ربما لأننى حساسة لمشاهد العنف». وهو مجرد تخمين أملاه تصورها المستمد من النظرية التحليلية القائلة بأن العدوان يولّد القلق. عندئذٍ سألتها إن كان لديها سلسلة أخرى من الأفكار سابقة مباشرةً على ملاحظتها للقلق فأجابت «الآن وجدتُها! لقد داخلتنى فكرة أنك تنتقدنى بسبب تضييع وقتى بالذهاب إلى السينما. هذا ما جعلنى عصبية».

لقد لاحظتُ مراراً أنه ما لم يتم للمريض التدرب على التركيز على أفكاره الأوتوماتيكية فالغالب أنها دون أن يكاد يلحظها. ومع ذلك فبإمكاننا مساعدته على تبين أفكاره بتحويل انتباهه إليها. وكما أشرنا للتو، فكلما اشتد المرض زادت الأفكار الأوتوماتيكية بروزاً وجلاءً. وكلما تحسنت حالةُ المريض خفتت الأفكار وقل وضوحها. فإن رُدَّت الحالةُ إلى الانتكاس عادت الأفكار الأوتوماتيكية إلى الظهور مرةً ثانية.

كان لتلك الأفكار الأوتوماتيكية التى وصفها العديد من المرضى عددٌ من الخصائص المشتركة. فقد كانت واضحةً متميزة بصفةٍ عامة وبعيدة عن الغموض والهلامية: وكانت مصوغة فيما يشبه الأسلوب الاختزالى أو التلغرافى الذى يقتصر على الكلمات الضرورية. وكانت مبرأةً من التعمُّلِ والتدبر والتفكّر، خالية من التسلسل المنطقى الذى يَسِمُ التفكيرَ المتوجه لهدف goal - oriented أو لحل المشكلات problem- solving . كانت تحدث تلقائياً كما لو كانت انعكاسية. وبدت كأنها تتمتع بنوع من الاستقلال، فهى تنشأ دون أى جهد من جانب المريض. بل إنه لا يملكُ إيقافَها خاصةً فى الحالات المرضية الشديدة. وبالاستناد إلى هذه الطبيعة اللا إرادية للأفكار الأوتوماتيكية فقد كان بالإمكان أيضاً تسميتُها «الأفكار المستقلة autonomous thoughts».

ومهما يكن من غلوها وتَمَحُّلِها فقد كانت هذه الأفكارُ تبدو لصاحبها مقبولةً معقولة. وكان يسلِّمُ بصحتها دون ارتياب ودون اختبارٍ لواقعيتها ومنطقيتها. صحيح أن كثيراً من هذه الأفكار كان واقعياً، ولكن الغريب فى أمر المريض هو أنه كثيراً ما كان يعتقد فى الأفكار الباطلة منها، ويعتنقها حتى لو كان قد أقر ببطلانها فى مناقشاتٍ سابقة. فقد يتبين بطلانها عندما أمهله وقتاً لتأملها وتمحيصها أو عندما أناقشه فيها لكى لا يلبث أن يستسلم لها حين تعاوده ويقبلها على علاتها.

وتتميز الأفكار الأوتوماتيكية أيضاً بأنها تنطوى على تيمة Theme واحدة وإن اختلف

منطوقُها فى الظروف المختلفة، على ألا نخلط بين ذلك وبين الأفكار المكرورة المتطابقة فى حالات الوسواس. ولنأخذ هذا المريض الاكتئابى كمثالٍ على فكرة اختلاف المنطوق مع وحدة الموضوع. إنما يتملكه هاجسٌ واحد، هو انتقاص الذات، يتلون بحسب الشخص الذى يتعامل معه. فيظن أن أمه تستهجن سلوكه العام وأسلوبه فى الملبس، وأن رئيسه فى العمل غير راضٍ عن أدائه، وأن زوجته تستثقل مغازلاته، وأن المعالج يراه غبياً. وتظل هذه الأفكار السلبية على حالها مهما يكن بُعدُها عن الحقيقة ومهما ناقضتها الأدلة الموضوعية وفندتها الخبرةُ الخارجية، ولا تزول إلا بشفاء المريض من الاكتئاب.

وقد لاحظت أيضاً أن محتوى الأفكار الأوتوماتيكية يتسم بالخصوصية الفردية ولا سيما الأفكار الأكثر تكراراً وقوة. وهى ليست مميزةً لصاحبها فقط بل مميزة أيضاً لغيره من المصابين بنفس المرض. كما لاحظتُ أنها ألصقُ بمشكلات المريض من تداعياته الطليقة وتفوقها من ثَمَّ فى الفائدة العلاجية، وأنها سابقةٌ على الانفعال كما أسلفنا. فالأفكار الأوتوماتيكية فى حالة المريضة السابقة هى التى ولَّدَت قلقها وليس تأملاتها فى المحتوى الفعلى للفيلم. والأفكار الأوتوماتيكية، أخيراً، تتضمن تحريفاً للواقع يفوق ما تتضمنه الأنواع الأخرى من التفكير.

وقد بَدا واضحاً من خلال متابعاتى اللاحقة لمرضاى أن الإشارات الداخلية تلعب دوراً هاماً فى السلوك سواء اتخذت شكلاً لغوياً أو بصرياً. وأن الطريقة التى يرقب بها الإنسانُ ذاته ويوجهها ويطريها ويقرِّعها ويفسر بها المجريات ويقيم التوقعات. هذه الطريقة لا توضح لنا السلوك السوى فحسب، بل تسلط الضوء أيضاً على الاضطرابات الانفعالية وآلياتها الداخلية.

الضبط الذاتى والتعليمات الذاتية

يصرف بنو الإنسان شطراً كبيراً من أوقات صحوهم فى رصد أفكارهم وأمانيهم ومشاعرهم وأفعالهم. وقد يعقد الإنسانُ مداولةً داخلية بينه وبين نفسه، يطارحها الرأى، ويوازن بين البدائل وبين مآل الأفعال، ثم يتخذ القرارات. وقد أطلق أفلاطون على هذه الظاهرة اسم « الحوار الداخلى » internal dialogue.

وقد يسفر الضبط الذاتى للسلوك عن استجابات غير تكيفية. فيؤدى الرصد المفرط إلى

الوعى الذاتى الزائد، والتنظيم المفرط إلى الكف والتثبيط. فمن شأن الإشارات التحذيرية أن تعيق التعبير التلقائى عن النفس. وتتجلى هذه الظاهرة بأوضح صورها فى «رهبة المنصة» stage fright التى تتسم بفرط الإشارات التحذيرية والتعليمات الذاتية الكابحة. وتبلغ هذه الظاهرةُ مداها فى مرض الوسواس القهرى حيث تحتدم المجادلاتُ الداخلية وتؤدى إلى شلل الفعل.

ومن الوجهة الأخرى قد يُصاب جهاز الرقابة الذاتية بعجز فنجد بعض الناس قد فقد القدرةَ على ضبط فكره ودفعاته، كما هو الحال فى التدخين الزائد وفى البطنة. فقد يُعَتِّمُ الشخصُ على ذاته عواقبَ أفعاله. وربما أوقف بعض مدمنى الطعام أو الخمور جهاز الرقابة الذاتية بحيث يشرع أحدهم فى التهام الطعام أو معاقرة الشراب ولا يكاد يدرى.

هذا التعاقب بين تفحص الموقف والمداولة واتخاذ القرارات يؤدى منطقياً إلى تعليمات ذاتية هى عبارة عن رسائل لفظية توجه السلوك. يتمثل ذلك فى أبسط صوره عندما يصدر الإنسانُ إلى نفسه تعليماتٍ لكى ينجز أهدافاً ملموسةً محددة، كأن يُذَكِّرَ الطالب نفسَه أنْ قد آنَ أوانُ المذاكرة، أو يحدث المطربُ نفسَه بالتوقف لتلقى التصفيق. وقد يتبنى التوجيهُ والتقييمُ الذاتى أهدافاً أعرضَ كأن يتجه الإنسانُ لأن يكون والداً كُفئاً، أو أن يكتسب الثروةَ والقوةَ أو يحقق الشهرة. وعندما ينذر الإنسانُ كلَّ نفسه لهدفٍ محدد تصبح التعليماتُ التى تعنيه هى تلك التى تحثه وتأمره وتوبخه، ومثل هذا الحث والنخس والتحضيض قد يكون ثقيلاً على النفس حتى فى حالتها السوية.

وقد تنشط هذه التعليمات الذاتية فى بعض الأمراض بشكلٍ مُفْرِط بحيث يظل الشخص يحث ذاته على الدوام بمناخس داخلية. ونحن نصادف هذا فى بدايات الاكتئاب وفى الاكتئاب الخفيف وبين أصحاب الإنجازات الكبيرة. وقد وصفت كارن هورنى Karen Horney (١٩٥٠) هذه المنظومةَ من الأوامر الذاتية بأنها «استبداد الواجبات» أو «طغيان لابــد» the tyranny of the shoulds. وقد تتواجد الواجبات المتضاربة جنباً إلى جنب عند المترددين من الناس وفى حالات الوسواس القهرى.

وهناك صنفٌ آخر من التعليمات الذاتية يدور حول تيمة تجنب الفعل avoidance أو كَفِّه inhibition؛ فيستجيب أصحابُهُ للمواقف البغيضة بأفكارٍ مَدارُها التَنَصُّلُ والتجنب. فكلما واجهتهم مهمةٌ تبدو مضجرةً أو مرهقةً تولّدتْ لديهم فكرة «لا تفعلْ هذا» (وإنَّ قَهْرَ هذه

المقاومة resistance ليتطلبُ أحياناً من قوةِ الإرادة أكثرَ مما يتطلبه الفعلُ ذاتُه). وبنفس القياس فإذا توقع الإنسانُ التعرضَ للخطر من جراء فعلٍ ما فقد يصدر إلى نفسه إشارةً داخليةً بكَفِّ هذا الفعل وكَبْحِه.

وتبرز هواجسُ الهروب والتجنب بشكلٍ خاص في فكر مرضَى القلق والاكتئاب. فمريضُ القلق إذ يدرك وجود خطرٍ بينما تعوزه الثقةُ بقدرته على التغلب عليه، تتملكه رغباتٌ وأفكارٌ مدارُها الهروب والسلامة. أما مريض الاكتئاب فتشُقُّ عليه الروتينيات المعتادة للحياة فيلتمس طرائقَ لعزل نفسه عن هذه المشاق أو عن الحياة ذاتها، وينسحب من هذا المعترك البغيض إلى حالةٍ من الجمود والسلبية.

أما التعليمات الذاتية للشخص الغاضب فتدعوه إلى اتخاذ موقفٍ من الطرف المعتدى: «اثأر لنفسك منه»، «وبِّخه»، «لا تتركه يفلت من العقاب». وقد يدفعُ الغضبُ مريضَ البارانويا إلى القيام بفعل انتقامى بناءً على إساءاتٍ مَوْهومة.

ثمة تعليماتٌ ذاتيةٌ ترمى إلى عقاب الذات وأخرى ترمى إلى إثابتها. فقد يعنف الإنسانُ نفسه ويمطرها بوابل من اللوم والتقريع إذا ما آنس فى سلوكه أو أدائه عجزاً أو قصوراً، وربما عَمَّمَ الحكم واعتبر نفسَه أرذلَ تافهاً لا خير فيه. ومن شأن ذلك أن يورثه الحزن والإحساس بالذنب. وقد تصل هذه المشاعر من القتامة إلى درجاتٍ مرضية فيصاب الشخص بالاكتئاب، وهو مرضٌ تَسُودُ فيه مشاعرُ الذنب ولوم الذات.

وعلى النقيض من الندم وعقاب الذات يأتى إطراء النفس وإثابتها. فقد يتملك الإنسانَ الكِبْرُ لإنجازٍ أتاه أو لثناءٍ ناله، فيحدث نفسه: «يالك من فتى، إنك تستحق أن تملك الدنيا، لقد استعدتَ أمجادَكَ حقاً». وبقدر هذا الغلو والتعالى يكون انكسارُه فيما بعد وقنوطُه عندما يُمْنَى بالإخفاق أو يخونُه الحظ، فيقول لنفسه: «يالك من أحمق. أخذتك أوهامُ النبوغ بعيداً بينما يراك الجميع غبياً هُزْأة. إنك أجوف لا تملك لنفسك نفعاً ولا لغيرك».

التوقعــــات

للتوقع والاستباق تأثيرٌ فى مجرى المشاعر والأفعال يفوق كلَّ التصورات. فما يتوقعه

الشخصُ لخبراته من نتائج عاجلة وآجلة هو الذى يحدد معنى هذه الخبرات إلى حد كبير (Kelly, 1955). فالتوقعات السارة ترفع مزاج الشخص وهمته فى الدرس والحديث والعمل، بينما تثبطه التوقعاتُ السيئة وتجعله فاتراً بليداً.

وقد تتخذ التوقعاتُ شكلاً بصرياً. فالمريض فى فراشه ترتفع معنوياته ويتجدد أمله كلما ألم به طائفُ الشفاء ومعاودة الحياة النشطة. والمصاب بالقلق تتراءى له صورُ الكارثة كلما شرع فى موقف جديد لا عهد له به. ومريض الاكتئاب تساورُه خيالاتُ الفشل فى كل مهمة يباشرها (Beck, 1970 c).

وفى المواقف الاجتماعية نجد أن الفرد كأنما يسجل استجابات الناس له أولاً بأول ثم يحدس رأيهم فيه فى ضوء هذا التقييم. فيسائل نفسه: «ترى هل سيروقهم حديثى؟» «أم سيرون أننى أحمق» «هل سأنال استحسانهم؟» «هل سيهزءون بى؟». ويميل الإنسان بطبيعته إلى اعتبار أى استجابة مباشرة من الغير تجاهه كما لو كانت موقفاً ثابتاً كُتبَ له الدوام. وتقييمه لصورته الاجتماعية يتوقف إلى حد كبير على الانطباع الذى يلوح له أنه يُحْدِثُهُ فى الآخرين. إن فكرته عن صورته الاجتماعية قد تطغى على مفهومه عن ذاته وتجتاح تصوره عن نفسه: «ما لم أكن جذاب الشكل حلو الحديث فسوف لا يحبنى الناس وسوف أكون إنساناً عديم القيمة».

القواعد والإشارات الداخلية

حين نتأمل الأفكار الأوتوماتيكية يتحتم علينا أن نتساءل: ما هى المبادئ العامة التى تتحكم فى تشكيل محتوى هذه الإشارات الداخلية؟ فنحن نعلم من ملاحظاتنا أن الناس قد يسلكون بطرقٍ مختلفةٍ تماماً فى الظروف المتشابهة. فمن الواضح أنهم يؤولون المواقف الواحدة تأويلات مختلفة يترتب عليها أن يصدروا بشأنها تعليمات ذاتية متفاوتة. ونحن نجد أيضاً أن كل إنسان يكرر نفس الاستجابة فى كثير من المواقف التى تتشابه فى صميمها بحيث يمكننا أن نتنبأ باستجابته قبل حدوثها. وقد تطَّرد هذه الاستجابةُ اطِّراداً يجعلها تلتصق به كسمةٍ من سمات شخصيته أو كطبعٍ من طباعه. فيقال مثلاً إنه خَجولٌ هَيّاب، أو إنه جافٍ عدوانى.

هذه الملاحظات عن مدى اتساق الاستجابات، تشى بوجود نظام من القواعد العامة يحكم كلَّ فرد ويحدد الطريقة التى يستجيب بها لموقف بعينه. وهذه القواعد لا توجه سلوكه الظاهر فحسب، بل تشكل أيضاً الأساسَ الذى يبنى عليه تقديره للمواقف وتوقعاته وتعليماته الذاتية. كما تَمُدُّهُ هذه القواعدُ بالمعايير التى يحكم بها على استجاباته من حيث فاعليتها وملاءمتها للموقف، ويعرف بها قدر نفسه ومدى جاذبيتها. الإنسانُ إذن يسترشد دائماً بقواعد معينة فيما يسعى لتحقيق أهدافه وحماية ذاته جسمياً ونفسياً وتوطيد علاقاته بالآخرين.

وأبرز صنف من هذه القواعد هو ذلك الذى يأخذ صفة المعايير القياسية أو التنظيمات واللوائح. ففى ذهن كل فرد ما يشبه كتاب الإرشادات أو «الدليل» الذى يسترشد به فى أفعاله ويقَيِّم به نفسه ويقَيِّم الآخرين، ويتبين به الصواب والخطأ فى تصرفاته وفى تصرفات غيره. وهو يستخدم القواعد أيضاً كمساطر يقيس بها درجة نجاحه فى عمل معين، ويسترشد بهذه المعايير والمبادئ فى إصدار التعليمات لنفسه (أو لغيره) فى الموقف الذى هو بصدده، ثم يجرى التعديلات اللازمة فى ضوء ما تسفر عنه أفعاله. وبحسب الثمار الناتجة عن مَسْلكه فى النهاية يكون رضاه عن نفسه أو سخطه عليها.

ولا يقتصر دور القواعد على توجيه السلوك، فهى تزودنا أيضاً بمخطط لفهم المواقف الحياتية المختلفة. فهذا الدليل الكتابى الذى يحمله كل منا فى ذهنه يتضمن نظاماً شفرياً يفيده فى تحديد معنى الأحداث والمؤثرات الخارجية. فهو يطبق قواعدَ هذا الكتاب حرفياً حين يحسب حسابات أو يتبع خارطةً أو يسمى أشياء. فهذه القواعدتنطوى على معادلات وصيغ ومقدمات منطقية تتيح للفرد أن ينظم ملاحظاته عن الواقع ويصنفها ويؤلف بينها، كيما يتمكن فى النهاية من استخلاص نتائج ذات معنى.

ونحن نستخدم هذه الشفرة أيضاً فى المواقف المعقدة، وذلك لكشف المعنى الذى ينطوى عليه الموقف. فعندما يحدثنا شخص ما بشئ فنحن لا نكتفى بفهم رسالته (أى بفك شفرتها) بل يعنينا بالدرجة الأساس أن نستخلص المغزى الشخصى الخاص لحديثه، فننظر ما إذا كان فى حقيقة الأمر يلوّح بالعدوان، وما إذا كان علينا أن نرد عليه بالمثل أو أن ننسحب.

وفيما يلى مثال يوضح كيف يختلف شخصان فى تأويل موقف ما باختلاف القواعد التى يطبقانها على نفس الموقف. ويوضح المثال أيضاً كيف يكون الموقف الواحد مولداً لانفعالات متباينة وملهماً بأشكال مختلفة من السلوك بحسب القواعد التى تُستخدم فى فهمه وتقييمه.

فهذا معلمٌ يطلب، بطريقة عفوية، إلى طالبتين (الآنسة أ، والآنسة ب) كانتا منشغلتين في حديث جانبى أن تنتبها إلى الدرس فيقول : «إذا كان لديكما ما تقولانه فإما أن تشركانا جميعاً فيه أو أن تصمتا» . أما الآنسة أ فقد استجابت بغضب قائلةً إنها كانت تستوضح نقطةً ليس غير، ثم جعلت تتحدى المعلم فى المناقشة المفتوحة التى أعقبت الدرس وأخذت تنتقد شرحَه ووجهات نظره التى عرضها انتقاداً حاداً. وأما الآنسة ب، وهى التى كانت دائماً تشارك فى المناقشات مشاركةً فعالة، فقد ظلت منزويةً حزينة منذ سمعت تعليق المعلم ولزمت الصمت حتى نهاية الحصة.

فمن الممكن فهم الاستجابتين المتناقضتين لهاتين الفتاتين بالنظر إلى القواعد التى طبقتها كل منهما فى تفسير الموقف وبالتالى فى الاستجابة له. فالآنسة أ قد فسرت ملاحظة المعلم كالتالى : «إنه يريد أن يتحكم فىّ، إنه يعاملنى كما لو كنتُ طفلةً صغيرة» . وكانت استجابتها الانفعالية هى الغضب. وكانت القاعدة العامة التى أدت بها إلى هذا التفسير هى : التقويم الصادر عن صور السلطة هو استبداد وسيطرة واستهانة. أما التعليمات الذاتية التى اصدرتها فكانت : «رُدِّى له الصاعَ صاعين» ، والقاعدة وراء هذا الانتقام هى : «يجب أن أثأر لنفسى من كل من يسئ معاملتى» .

أما الآنسة ب فكان تفسيرها للموقف كالتالى : «لقد ضبطنى متلبسةً بفعلٍ لا يليق، وسوف يبغضنى من الآن فصاعداً» . والانفعال هو : الخجل والحزن. والقاعدة هى : «التقويم الصادر من السلطة يعنى فضيحة وضعفاً وخطأً ودونية. ولَفْت النظر يعنى الرفض» . وتعليماتها الذاتية هى : «يجب أن أبقى صامتةً مطبقة الفم» . والقاعدة هى : «إذا بقيتُ صامتةً فإن ذلك يُقَلِّصُ من حجم غلطتى» . وأيضاً : «إن صمتى سيكون تعبيراً عن أسفى على ما بَدَرَ منى» .

يوضح لنا هذا المثال أن الناس يتصرفون فى حياتهم وفقاً لمجموعةٍ معينة من القواعد. فكل من الفتاتين فى هذا المثال قد استخدم معياراً مختلفاً فى تقييم كلام المعلم وخلص بالتالى إلى تفسير مختلف. ثم شرع يطبق قواعد مختلفة ترشده إلى ما يجب فعله فيما بعد تجاه هذا المعلم، ووصل إلى نتائج مختلفة. وبذلك يكون سلوكُه الظاهر هو النتاج النهائى الذى أسفرت عنه إشاراتُه الذاتية ومداولاتُهُ الداخلية.

وصفوة القول أن هذه القواعد تفيد الفرد كمعايير لتقييم سلوكه وتوجيهه أو كَبْحه. وهو يطبقها أيضاً على الآخرين ليحكم على سلوكهم ومدى ملاءمته ومعقوليته، ويتفهمَ بذلك دلالةَ أفعالهم ويحدسُ برأيهم فى أفعاله.

ويبقى أن نسأل كيف تنشأ هذه القواعد؟ كلنا نعلم أن الإنسان فى نموه يبدأ بالتحدث السليم نحوياً قبل أن يتأتى له أن يدرس هذه القواعد. فنحن لا نطلب من الأطفال صراحةً أن يلزموا التعاقب النحوى للفعل والفاعل والمفعول (مثل: أريد زجاجتى)، بل هم يستمدون القواعد العامة من خلال الخبرات العينينة الملموسة. وهم بالمثل يسلكون بطريقةٍ مقبولة اجتماعياً قبل أن تُنْطَقَ لهم قواعد السلوك. فهم على الأرجح يتشربونها خلال ملاحظتهم للآخرين ولخبراتهم الشخصية كجزء من الموروث الاجتماعى. فمن اليسير أن يرى الطفل كيف تطبق قاعدة «كنْ مهذباً» أو «تمسك بحقوقك» فى موقفٍ معين لتنتج سلوكاً معيناً. وبالمثل يمكننا أن نرى كيف تتحكم قاعدة معينة فى تفسير الموقف.

إن عمل هذه القواعد يمكن مقارنته بنوعٍ من الأقيسة التى يعرض لها المناطقة. فإذا رجعنا إلى صاحبتينا الآنسة أ والآنسة ب وجدنا أنهما تعتمدان قياساً منطقياً syllogism مقدمته الكبرى هى: «كل تقويم يصدر من شخصٍ فى موقع السلطة هو انتقاد» أما المقدمة الصغرى فهى «المعلم يقوّمنى». وبذلك تكون نتيجة القياس هى: «المعلم ينتقدنى». نلاحظ هنا أن الشخص لا يصرح بالمقدمة الكبرى لنفسه. ذلك بأنها قد اندمجت بنظامه المعرفى وصارت جزءاً منه، بنفس الطريقة التى اندمجت بها قواعد بناء العبارات اللغوية وقواعد التفرقة بين أصناف الحيوانات والنباتات. كذلك قد يكون متفطناً لمقدمته الصغرى (الحالة الخاصة) أو لا يكون، بحسب الظروف، بيد أنه فى كل الأحوال يدرى نتيجة القياس. وهذه النتيجة قد تتخذ فى الموقف موقعاً مركزياً وقد تعبره بسرعة شأن الأفكار الأوتوماتيكية التى وصفناها آنفاً.

ولهذه القواعد والأقيسة المنطقية القائمة عليها أهميةٌ خاصةٌ للممارس الإكلينيكى. فهى تساعده على تفسير السلوك اللا منطقى المفاجئ وتفسير الاستجابات الانفعالية الشاذة. وسوف نرى فى الفصل الرابع كيف أن هذه القواعد إذا تنافرت مع الواقع أو طُبقت بإفراط أو اعتساف حملت نُذُر الاضطراب النفسى والمشاكل البينشخصية.

الفصـل الثالــث

المعنـــى والانفعـالات

«إن ما يحدث للناس من انفعال ليس من جرّاء الأشياء، بل هو من جراء فكرتهم عن الأشياء.»

إبكتيتوس

معنــــى المعنــــى

ترى ما الذى يصرف علماء النفس عن دراسة المعانى الواعية؟ فالمعنى هو الذى يثرى الحياة ويحول الواقعةَ الغُفْلَ إلى خبرة. ومع ذلك نرى المدارسَ النفسيةَ المعاصرةَ إما ضاربةً عنه صَفْحاً أو سادرةً فى طلب المعانى الخفية المستغلقة. فبينما تتنكب السلوكيةُ كل الأفكار والمفاهيم العقلية، فإن التحليل النفسى التقليدى لا يقنع بالمعانى الواعية السطحية فيلوذ بما يزعم أنه بنية تحتية معقدة من المعانى الرمزية التى تناقض المعانى العفوية للأحداث.

ورغم ما بين السلوكية والتحليلية من خلافات عميقة، فكلاهما يتفق فى رفض الأخذ بتوصيف المريض لأحواله النفسية بمعناه الظاهر، وكلاهما يشك فى تفسيرات الحس المشترك للسلوك. فالسلوكيون لا يعوِّلون على الخبرات الذاتية للمرضى ويقصونها من دائرة البحث العلمى باعتبار أنها غير قابلة للتحقيق من قِبَلِ ملاحظين آخرين. أما التحليليون فيرون أن الفكر الواعى ما هو إلا نتاج قُوًى لا شعورية دائبة فى إخفاء المعنى الحقيقى للأحداث. وأما أهل الطب العصبى فهم قانعون بأن «وراء كل فكرةٍ شاذة جزيئاً شاذاً» ولا يُقْلِقُ خاطرَهم المعنى النفسى لهذا الشذوذ.

وعلى النقيض من الموقف المتصلب للسلوكية وطب الأعصاب، والتجريد المغرق للتحليل النفسى، يقف المدخل المعرفى موقفاً يأخذ بعين الاعتبار كلاً من المعانى الواعية والأحداث الخارجية. فهو يعتمد الأفكار والمشاعر والرغبات التى يصفها المريض ويعتبرها مادته الخام، وهو أيضاً يقبل تفسيرات المريض للوقائع بوصفها معطياتٍ أساسيةً أو قاعدية لا بوصفها ستاراً يخفى معانىَ أعمق كما يفترض التحليل النفسى. وأحياناً ما يكون من الضرورى أن نغربل الأفكار الأوتوماتيكية وغيرها من استبطانات المريض لكى نتمكن من تحديد المعانى والدلالات التى يتضمنها وعيهُ وإبرازِ التشكيلات المعقدة التى تتخذها، ثم يكون علينا أن نجرب مدى انطباق صياغتنا لهذه المعانى على المحتوى الحقيقى لوعى المريض، ونظل نعيد الصياغة والتجريب إلى أن يقرر المريضُ انطباقَها التام على بنائه الفكرى الخاص للواقع.

ولكى نتفهم الاستجابات الانفعالية لواقعة ما، علينا أن نفرق بين المعنى العام لها وبين معناها الخاص أو الشخصى. فالمعنى العام هو التعريف الرسمى أو الموضوعى للحدث مجرداً من أى دلالة شخصية. فحين يأخذ ثلة من الأصدقاء فى مضايقة صديق لهم فإن المعنى الموضوعى لهذا هو ببساطة أنهم يعبثون به. أما المعنى الشخصى الذى يقع لهذا الصبى فهو أكثر تعقيداً. فقد يعنى هذا الحدث بالنسبة له أنهم يكرهونه أو أنه ضعيف الشخصية. ورغم إدراكه لهذا المعنى الشخصى فإنه فى الغالب يكتمه فى نفسه ولا يظهره مخافة أن يمعنوا فى مضايقته إذا هو أظهر تبرمه وضيقه. وبالمثل قد تحوز فتاةٌ على أعلى الدرجات فى الفصل فتقول لنفسها «إن هذا يثبت أننى أفضل من باقى الطالبات» غير أنها قلما تصدع بهذا المعنى الخاص كيلا تحنق عليها زميلاتها. فالمعانى الخاصة تتولد عندما يقع شئٌ يمس جانباً هاماً من حياة الفرد مثل القبول من جانب القرناء، إلا أنها تبقى فى الأغلب شخصيةً متكتَّمَة.

هذه المعانى الشخصية كثيراً ما تكون غير واقعية، إذ لا يُتاح لصاحبها فرصة التحقق من صدقها. وواقع الأمر أنه عندما يكشف المرضى للمعالج عن هذه المعانى تكون هذه على الأرجح هى المرة الأولى التى تتاح لهم فيها فرصة التحقق من هذه المعانى الخبيئة واختبار صحتها. وتحضرنى فى هذه المناسبة حالة مريض لى فى أواسط الخمسينيات من عمره، وكان بائعاً ناجحاً، استولى عليه ذعرٌ شديد عندما علم بضرورة نقله إلى المستشفى للعلاج من الالتهاب الرئوى. ورغم إلمامه بالمعنى الدارج للمستشفى كمكانٍ لعلاج الأمراض، فقد تركز هاجسُه الشخصى (كما تكشَّف لى من أفكاره الأوتوماتيكية) على توقعاتٍ لا أساس لها، مفادها قيام الأطباء بتخديره وتقطيعه إرباً ثم نقل جثته بعربة (الكارو) إلى المشرحة للعرض والتعرف. لقد تولد قلقُه إذن عن المعنى الشخصى للمستشفى وليس عن المفهوم العام المتعارف عليه لهذه الكلمة.

وأحياناً ما نصادف شخصاً يستجيب لموقفٍ ما استجابةً غير ملائمة بل مغالية إلى حد المرض. وحين نواجهه فى ذلك نجد أنه قد أساء تأويل الموقف بناءً على شبكةٍ من المعانى الخاطئة التى ألحقها به. إن لنا أن نعتبرها شاذةً ونسمها بالمرض تلك التأويلات التى تنأى تماماً عن الواقع، بعد أن نتأكد أنها ليست مجرد أخطاء بريئة لزمت عن معطيات خاطئة. تلك هى التحريفات المعرفية cognitive distortions التى تشكل لُبَّ الاضطرابات الانفعالية كما سنرى فيما بعد.

وقد يتعين على الشخص أن يركز على تيار أفكاره وخيالاته إبان الحدث لكى يتسنى له

أن يحدد المعنى الشخصى الذى يرتبط به. خذ مثالاً على ذلك طالب الطب الذى كان يشكو لى من رعب شديد يتملكه لدى رؤيته لمريض ينزف أثناء عملية جراحية. ولم يكن فى البداية يفهم سر تلك الاستجابة المسرفة. إلا أننى استطعت أن أستحث ذاكرته فاستدرك أنه كان أثناء العمليات الجراحية تروداه صورةٌ خيالية لنفسه وهو ينزف دماً، وتصاحب الصورةَ فكرةٌ تقول: «من الممكن أن يحدث لى مثل هذا». من الجلى إذن أن الطائف الخيالى والفكرة هما سببُ الرعب وليس مشهد الدم فى حد ذاته. وقد استطاع بعد أن تفطَّن إلى المعانى الشخصية التى يقحمها على ذلك المشهد أن يحضر العمليات دون أن تثير فيه ذلك الشعور البغيض ولا الطائف المقبض.

إن هذه المعانى والدلالات والخيالات هى التى تؤلف ما يُسمى «بالواقع الداخلى» internal reality. وقد بذل التحليليون جهوداً هرقلية لاستكشاف هذا الواقع الداخلى، ولكنهم استنكفوا أن يأخذوا أقوال المرضى بمعناها الظاهر فأعادوا صياغة مادتها الفكرية فى تراكيب مستَمَدَّةٍ من النظرية. ومهما يكن من غموض الأفكار الواعية للمريض وروغانها فبإمكانه عن طريق الاستبطان الدقيق لخبراته الداخلية أن يوسع مجال وعيه ليشمل ذلك التيار الدائم التدفق من الأخيلة والأفكار. وقد سبق أن وصفنا طبيعة هذا التيار المعرفى فى الفصل الثانى من هذا الكتاب.

الطريق إلى الانفعالات

سبق أن قلنا إن ملاحظات الحس المشترك وتعميماته تشكل الأساس أو القاعدة التى تقوم عليها العلوم الطبيعية. وتنشأ هذه التعميمات عندما يتم لنا تأسيس علاقة عِلِّيَّة بين واقعة تحدث وظاهرة تتلوها، كأنْ ندع جسماً دون سند فنجد أنه يسقط على الأرض. ولا تشذ العلومُ السلوكية عن هذا. ففى سبيل تأسيس نظرية علمية تختص بالظواهر السيكولوجية فنحن نُعنَى بحشد مثل هذه العلاقات العِلِّيَّة والبرهنة عليها. إلا أن المعطيات الأكثر أهمية فى المراحل الأولى من تأسيس العلم السيكولوجى هى معطيات ذاتية مستقاة من دخيلة النفس وليست موضوعية خارجية كما هو الحال فى العلوم الطبيعية. هذه المعطيات السيكولوجية سواء أكانت انفعالاتٍ أو أفكاراً أو رؤى هى ذاتية بمعنى أنها لا يَخْبُرُها ولا يملك أن

يستبطنها ويُدلي بها إلا صاحبُها. وإنما تنشأ التعميمات في العلم السيكولوجي بتأسيس علاقات مبدئية بين الخبرات النفسية لدى شخصٍ ما ثم مضاهاة ذلك بعلاقات مناظرة لدى أشخاص آخرين. كما يمكن تعقب مسلسل (الحدث الخارجي الموضوعي ← الأفكار الخاصة ← الاستجابة الانفعالية) لدى مختلف الأفراد لتحديد أوجه الشبه بينهم وأوجه الاختلاف.

ويوضح لنا المثال التالي كيف يثير الحدث الخارجي الواحد معانيَ مختلفة لدى الأشخاص المختلفين. فهذه معلمةٌ تقول لطلاب الفصل إن تونى، وهو طالب ذكي، قد حصل على درجة منخفضة في الامتحان. فيحس أحد الطلاب بالسرور ويقول لنفسه: «إن هذا دليل على أني أذكى من تونى». ويحس أخلص أصدقاء تونى بالحزن (شأنه شأن تونى نفسه) وكأنما شاركه الخسارة. ويحس طالبٌ آخر بالخوف ويحدث نفسه: «إذا كان تونى نفسه قد أخفق فمن الجائز جداً أنني قد أخفقتُ أيضاً». بل هناك طالب أحس بالسخط على المعلمة متفكراً: «ما دامت قد أعطت تونى درجة منخفضة فهناك احتمال أن تكون معلمةً ظالمة. ومن يظلم طالباً قد يظلم غيره، لأنه خرج على قاعدة أساسية ولم يعد يُؤْمَنُ شَرُّه». وهناك أخيراً طالب زائر خلا باله من أي انفعال. ذلك أن درجة تونى لا تعنيه من قريب أو بعيد.

يتبين لنا من المثال السابق أن تأويلاً معيناً للحدث يؤدى إلى استجابة انفعالية معينة. كما يمكننا استناداً إلى أمثلة أخرى عديدة أن نعمم الحكم ونقول إنه بناء على التأويل الشخصي الخاص الذي يضعه كل فرد للحدث تكون استجابته الانفعالية سواء بالفرح أو الحزن أو الخوف أو الغضب أو الخلو من أي انفعال على الإطلاق.

إن هذا التنوع في المعاني الشخصية للحدث الواحد لا يفسر التنوع في الاستجابات الانفعالية لنفس الموقف فحسب، بل هو يفيدنا بشكلٍ مباشر في فهم المشكلات الانفعالية. فالشخص الذي يلصق بالحدث معنى غير واقعي أو مغالي فيه حريٌّ أن يعاني استجابة انفعالية مفرِطة أو غير ملائمة. فلن ينعم بالنوم رجلٌ يتصور في كل نأمَةٍ يسمعها لصاً يقتحم عليه المنزل. ومثل هذا الرجل عرضة لأن يُصاب بعصاب القلق إذا هو دأب على تفسير كل مؤثر حميد بوصفه نذير خطر.

هذه الأطروحة القائلة بأن المعنى الخاص للحدث هو الذي يحدد الاستجابة الانفعالية له، تشكل جوهر النموذج المعرفي للانفعال وأمراضه. يُدَّخَرُ هذا المعنى في مفردة معرفية a cognition هي عادةً فكرةٌ أو صورةٌ خيالية. وفي بعض الأحيان تتألف المفردة المعرفية من

دلالة إضافية connotation أو حكم قيمة value judgement من قبيل «مخيف» أو «رائع». ومن المألوف أن نصادف انفعالاً معيناً لا يربطه سببٌ واضح بالمجريات الخارجية. فإذا طاف بنا في لحظةٍ ما طائفٌ من خيال أو كنا نجتر خاطراً ما، فإن انفعالنا إذ ذاك سيكون وليد الرؤيا أو الفكرة من دون المؤثر الخارجي. ثم إننا إذا حرّفنا واقعةً ما أو أسأنا تأويل موقف ما إساءةً بالغة فإن استجابتنا ستتكون وفقاً لتحريفاتنا لا لواقع الموقف وانفعالنا سيأتى تابعاً للوهم لا للحقيقة.

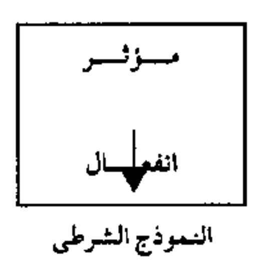
يستمد النموذج المعرفى للانفعالات مادته الأولى من إدلاءات المرضى بملاحظاتهم الاستبطانية لأفكارهم ومشاعرهم، ثم بكشف الصلة بين الأفكار والمشاعر، ويؤسس بعد ذلك تعميمات تحدد أى نوع من الأفكار (أو المعانى) يؤدى إلى هذا الانفعال أو ذاك.

لم تلتفت المدارس السيكولوجية الأخرى فى دراستها للانفعالات إلى تقريرات الناس عن تفكيرهم وشعورهم، أو هي لم تفد من هذه التقريرات كما يجب. فالسلوكية التقليدية تفسر الاستجابات الانفعالية وفقاً لنموذج «المؤثر - الاستجابة» stimulus- response. فهى تتخذ ما تراه الطريق الأسهل الذى يصل الحدثَ الخارجى مباشرةً بالاستجابة الانفعالية، دون توسط من الفكر أو المعنى بين المؤثر والاستجابة. ويتأسس هذا التعاقب بين المؤثر والاستجابة، وفقاً للنظرية السلوكية، كنتيجة لإشراط سابق. ولذا جَرَى العُرف على تسمية هذه الصياغة باسم «النموذج الشرطى».

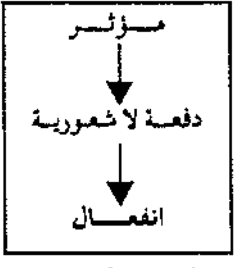
أما النموذج التحليلى للانفعالات فاعقد من ذلك بكثير. وبشيءٍ من التبسيط الاصطلاحى نستطيع أن نقول إن التعاقب يحدث كما يلى: ثَمةَ مؤثرٌ أو حدث يقع فيثير رغبةً أو دَفعةً لا شعورية. وبما أن هذه الرغبة غير مقبولة من جانب الشخص فإن بداية انبثاقها فى الوعى تشكل تهديداً داخلياً. وما لم يتمكن من صد هذه الدفعة المحَرَّمة باستخدام ميكانزم دفاعى defense mechanism فإنه يشعر بالقلق والذنب. وعلى سبيل المثال يرى فرويد حَسَبَ نظريته عن عقدة أوديب أن الطفل الصغير يستجيب لرؤية أمه (المؤثر) بدفعةٍ جنسيةٍ لا شعورية نَحْوَها. فإذا ما هددتْ هذه الرغبةُ اللا شعوريةُ بالاندفاع إلى حيز الشعور واقتحامه، فإن الطفل يشعر بقلقٍ مَرَدُّهُ إلى الخوف من عقاب غريمه الأب.

يتفق النموذجان إذن، السلوكى والتحليلى، فى الانتقاص من أهمية المعانى القابلة للملاحظة الاستبطانية والإدلاء المباشر. فالسلوكيون يرفضون المعنى كليةً، والتحليليون يعنيهم

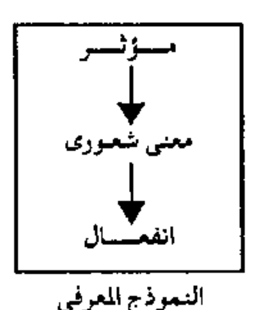
المعنى اللاشعورى. ويختلف النموذجان فى تحديد موقع المؤثر المتحكم فى الانفعال. فيراه السلوكيون خارجياً حسب نموذجهم الشرطى. ويراه التحليليون داخلياً غير أنه دون منال الوعى (شكل ١).



النموذج الشرطى



النموذج التحليلى



النموذج المعرفى

(شكل١) التفكير والانفعال

وبينما يتجنب هذان النموذجان كل ما تعارف عليه الناس من أسباب الحزن والفرح والخوف والغضب، فإن المدخل المعرفى يعيد المسألة بكاملها إلى حظيرة الحس المشترك. وهو إذ يَفْرِز المعانى الخاصة للأحداث، فهو يضم فى سلةٍ واحدة مختلف المواقف التى تؤدى إلي نفس الاستجابة الانفعالية. ورغم أن تحديد الأحوال التى تثير انفعالاً ما قد يكون أوضح من

أن نفرد له كل هذه التحليلات المرهفة الدقيقة، إلا أن تحديد هذه المواقف لابد منه فى إقامة التعميمات. وهذه التعميمات بدورها تشكل أساس كل فهم للاضطرابات الانفعالية من مثل الاكتئاب، والهوس mania، وعُصاب القلق anxiety neurosis، وحالات البارانويا paranoid states.

النطاق الشخصى the personal domain (*)

يُحكَى أن رجلاً عرض عليه صديقٌ له صورةً لشعارٍ من شعارات النبالة فلم يحفل بها. إلى أن أقنعه هذا الصديقُ أن هذا الشعار هو شعار النبالة الخاص بأسرته هو. فمنذ ذلك الحين لم يكف الرجل عن إجلال تلك الصورة وتمجيدها. فكان يعرضها لغيره من الناس بشغف وترقب، ويتأذى كثيراً إذا لم يبد عليهم اكتراثٌ واضح. لقد استجاب الرجل إلى صورةٍ تزيينية على قطعة من الورق كما لو كانت امتداداً لذاته.

يوضح هذا المثال أن الانسان قد يلصق معانىَ شخصيةً بالأشياء التى يرى أنها تتصل به بشكل خاص. إنها أشياء تهمه وتحرك مشاعره. هذه الأشياء سواء كانت ملموسة أو غير ملموسة تشكل النطاق الشخصى للفرد. وفى المركز من هذا النطاق يقع مفهوم الشخص عن ذاته: عن صفاته الجسمية وسماته الشخصية وأهدافه وقيمه. وحول مفهوم الذات self - concept تتحلق الأشياء، الحية والجامدة، التى هى ذُخره وعُدَّته، وتتضمن هذه الأشياء على الوجه الأمثل عائلة الفرد وأصدقاءه وممتلكاته المادية. أما باقى المكونات فى هذا النطاق الشخصى فتتفاوت فى درجة التجريد: من مدرسته وطائفته الاجتماعية وقوميته إلى القيم المجردة أو المُثُل التى تتصل بالحرية والعدالة والأخلاق.

ويفسر لنا مفهوم النطاق الشخصى كيف يمكن للشخص أن يتأثر لما يقع لشخصٍ آخر أو مؤسسة أخرى ولو كانت قَصِّية عنه جغرافياً إلى حد كبير. فقد يحس بانشراحٍ وبهجةٍ عندما يكَرَّمُ شخصٌ ينتمى إلى نفس جنسه أو جماعته العرقية. أو يحس بسخط وغضب إذا مَسَّتْ ذلك الشخصَ إساءة. وهو يستجيب لهذه الإساءة وذلك التكريم كما لو كانا يمسانه شخصياً.

(*) يترجمها معظم الكتاب إلى «المجال الشخصى». وقد اخترتُ لفظة «نطاق» لأنها ألصق بالشخص وأدنى إلى دلالات الحيازة والملكية. «المترجم».

وتتجلى أهميةُ النطاق الشخصى عندما نحلل الظروف والأحوال ذات الصلة بالانفعال واضطراباته. فمن الثابت أن الشخص يستجيب للأحداث انفعالياً بقدر ما تمس نطاقه الشخصى سواء كانت تضيف إليه أو تنتقص منه أو تهدده أو تنتهكه.

يؤكد أرنولد Arnold (١٩٦٠)، وهو من أوائل المنظِّرين الذين أبرزوا دور المعرفة فى توليد الانفعالات، أن الانفعال هو عملية تبدأ حالاً ندرك شيئاً ما ونقيِّمه، فنقرر إن كان خيراً لنا أو شراً. وإنما يتوقف نوع الانفعال على مدى تقييم الشخص للمؤثر، فما أراه خيراً لى ونفعاً من شأنه أن يؤدى إلى انفعالات من قبيل السرور واللذة والسعادة. ومن شأن ما أراه شراً لى وضراً أن يورثنى الحزن والقلق والغضب.

ورغم أن أرنولد وعلماء نفسٍ تجريبيون مثل ريتشارد لازاروس R. Lazarus (١٩٦٦)، وممارسون علاجيون مثل ألبرت إليس A. Ellis (١٩٦٢) قد حددوا بوضوح ذلك الطريق الذى يربط التفكير بالانفعال، فقد فاتهم أن يحددوا أى صنفٍ من التقييم يؤدى إلى هذا الانفعال أو ذاك. والحقيقة أن التراث العلمى العريض فى سيكولوجية الشخصية والسيكولوجيا الاجتماعية لا يكاد يمس هذه المسألة، أعنى مسألة أى الأفكار يؤدى، كرد فعلٍ لمؤثرٍ مؤذ، إلى انفعالاتٍ بعينها كالحزن والقلق والغضب ...إلخ. ومع التسليم بأن التقييم المبدئى للموقف هو «هذا شر لى» بصفة عامة، فإن التفسير الفريد الذى يضفيه الشخص على ذلك المؤثر المؤذى هو الذى يحدد طبيعه استجابته الانفعالية.

الحـــزن

الحزن خبرةٌ بشريةٌ عامة يعرفها كل إنسانٍ على ظهر البسيطة. وأحياناً ما يكون أكثر الخبرات إلغازاً وأبعثها علي الحيرة. فكم ذا تصادف من طفلٍ أو راشدٍ يقول: «إننى حزين، غير أنى لا أعرف لماذا!» فمن غرائب هذا الشعور أنه يأتى فى كثيرٍ من الأحيان مناقضاً للموقف الحياتى الظاهر. فقد يغشى الغنيَّ ذا اليُسْر ويسهو عن الفقير المعدم ويتركه قانعاً بل سعيداً.

وإليكم بعضَ النماذج من هذا الحزن النقيضى:

(١) فهذا بائع يبلغه أنه رُقِّىَ إلى منصب أعلى فى المؤسسة التجارية التى يعمل بها، فإذا به يتلقى الخبر حزيناً منقبضاً.

(٢) وهذه أم يربن عليها الحزن آنَ تحققَ لها حلمُ حياتها، وهو زواج ابنتها من رجلٍ مرموق.

(٣) وهذا خريج يحضر حفل قدامى الخريجين، وهو الحفل الذى كان يتشوَّف له سنواتٍ طويلة، فما كاد يلتقى بأصدقائه القدامى حتى خيم عليه الحزنُ وانسدل أمامه حجابٌ قاتم من الغم والكآبة.

(٤) وهذا كهلٌ يلم به الحزن بعد أن انتقل إلى المنزل الجديد الذى كان يحلم به.

هل ثمة من معنى عام يمكن أن يُستخلص من خبرات هؤلاء الأشخاص؟ الحق أن المعلومات التى قدمها كل منهم بعد ذلك سرعان ما بددت الغموضَ وأمدتنا بتفسيرٍ معقولٍ لاستجابة الحزن. فأما البائع فقد ثَبَّطَ من همته أن الترقية تعنى أيضاً أن ينقلَ إلى مكانٍ بعيدٍ لا يجد فيه مؤنساً أو صديقاً. وأما الأم فاستطاعت أن تقف على الفكرة الأوتوماتيكية التى بثت الحزنَ فى قلبها: «لقد فقدتُ فلذة كبدى». وأما الخريج القديم فقد غشيته الكآبة عندما ارتأى نفسَه أقل شأناً وأرقَّ حالاً من أصدقائه السابقين. وأما صاحب الدار الجديدة فقد أطبقت عليه الحقيقة المرة، وهى أنه قد أهلَكَ من أجل تلك الدار مالاً لُبَدا.

ورغم أن كلاً من هؤلاء فى واقع الأمر قد أضاف إلى رصيده الخاص وأثرى من نطاقه الشخصى ببلوغه أملاً عزيزاً طالما كان يسعى إليه، فإن التفسير الذى غلبه على أمره كان عكسياً: فثمةَ قيمةٌ ما قد ضُيِّعَتْ.

إن المعنى الشخصى الذى يضفيه الفرد على خسارةٍ معينة هو الذى يحدد استجابته لها سواء كان ذلك بالحزن أو بعدم الاكتراث. فإذا قَدَّر أن هذا الفقدانَ قد انتقص كثيراً من نطاقه الشخصى فالحزن لا شك سيكون حليفَه. أما إذا كانت الخسارةُ طفيفةً بالنسبة إليه فإنه يستوعبها دون حزنٍ يُذْكَر. فإذا خسر مليونير على سبيل المثال بضعةَ دولاراتٍ عَرَضاً فقد لا يأبه، لأنها لا تؤثر شيئاً فى مركزه المالى. لكنه إذا عرضَ له أن خسر نفس المبلغ فى مراهنة فربما أصابه الحزن. ذلك أن للخسارة فى هذا المقام دلالةً سلبية إضافية تمس فطانتَه وتومئُ إلى طالعه. وبالمثل قد لا يكترث طبيب نفسى بإهانةٍ يوجهها له مريضٌ ذاهلٌ يعتبره الطبيبُ فاقداً لوظيفة الحكم. ولكن نفس الإهانة قد تقضّ مضجعَه إذا أتت من زميلٍ له فى المهنة. الإنسان

إذن لا يهمه أن تُزالَ من نطاقه صفةٌ غير ذات قيمة في نظره. إن سقوطَ زائدةٍ جلديةٍ هو شيءٌ أدعى إلى الارتياح، أما سقوط الشعر فلا.

ومن السهل أن نلاحظ كيف تحتمل كثيرٌ من مواقف الحياة تفسيرها كفقدان أو انتقاصٍ من النطاق الشخصي. ويمكن بسهولة أن نقسّم الأحداثَ التي تبعث على الحزن إلى الأصناف التالية:

(١) فقدان موضوعٍ عينيٌ ملموس له وزنُه كمصدرٍ للإشباع أو له قيمته لأي سببٍ آخر.

(٢) فقدان أدبي (معنوي) من قبيل الذم والإهانة وكل ما يمس اعتبار الذات self-esteem.

(٣) انعكاس قيمة أحد مكونات النطاق الشخصي، كأنْ ينقلب ضدنا ما كنا نعده من قبل ذخراً لنا ومصدر قوة.

(٤) وجود تفاوتٍ بين ما نأمله وما نحصل عليه - أي خيبة الرجاء.

(٥) تخيل فقدانٍ مستقبلي واستباقه: فيميل الفرد إلى معايشة الفقدان المتوقع كما لو أنه حادثٌ بالفعل (يقدرّ البلا قبل وقوعه) وبذلك يكابد الأسى من قبل الفقدان.

(٦) الخسارة الافتراضية: أي لم تقع خسارة ولكن يمكن أن تقع.

(٧) الخسارة الكاذبة: أن يقدر الشخص في واقعة ما انتقاصاً من نطاقه بطريق الخطأ.

قد يكون الفقدانُ إذن عينياً ملموساً مثل الخسارة المالية، وقد يكون أدبياً معنوياً مثل فقد محبة شخص آخر. ولا يقل الفقدان الأدبي جلباً للحزن وبعثاً للأسى عن الفقدان العينيّ. ومن بواعث الحزن أيضاً أن تتغير نظرة الشخص إلى إحدى خصاله أو ينقلب تقديره لها. مثال ذلك أن يرى شخص كان يعتبر نفسه فكِهاً ظريفاً أن الناس ينظرون إليه كمهرجٍ هُزْأة.

وإذا كنا بإزاء قيمة نلحقها بصفة من صفاتنا فإن إحساسنا بالفقد تتناسب شدته مع الكمية المنتقصة من هذه القيمة لا مع القيمة المطلقة. فمثلاً إذا ارتأت فتاةٌ كانت تظن نفسها فاتنة الجمال أن الناس يعتبرونها مليحة وحَسْب، فإن إحساسها بالفقدان والحزن سيأتي مناظراً للدرجات التي انتُقصَتْ من جمالها في تقديرها الخاص. وبنفس المقياس يكون حزن الوالد الذي ظَنَّ ولدهَ نابغةَ الطلاب عندما يأتيه أن مستوى ابنه هو فوق المتوسط لا أكثر.

وتأتى خيبة الرجاء أيضاً مصحوبةً بمحتوى فكرى ينطوى على معنى الفقدان بتمامه ويبعث على الحزن. فعندما يترقب شخص أن يحظى بتكريمٍ أو ينال جائزة أو يرتفع أجره، فإنه سرعان ما ينسبه بشكلٍ ما لنفسه، أعنى ينسبه كما هو كحق شرعى، ويظل يستشعر شيئاً من الإشباع ما بقى هذا الشئ يحتل مكانه الخيالى من نطاقه. فإذا قُدِّرَ له ألاّ ينال مأربه فقد يصيبه نفس الحزن الذى كان حَرِيّاً أن يصيبه لو أنه كان قد ناله ثم فقده. ومهما يكن الأمل بعيداً خيالياً، فإن خيبتَه اليمةٌ شديدة.

وكثير من الناس يعيشون المستقبل فى الحاضر ويحسون الفقدان المرتقب كما لو كان واقعاً. كتلك المرأة التى أُخبِرَتْ أن زوجها قد يسافر خلال بضعة أشهر فى رحلة عملٍ قصيرة، فظلت فى حزنٍ مقيم لا يقل عن حزنها حينما سافر بالفعل. وقد كانت هذه المرأة تجهش بالبكاء كلما تأملت المستقبل وتصورت حالها بعد أن يكبر أطفالها ويتركوا المنزل.

أما الفقدان الافتراضى hypothetical loss فهو أن نعامل الخسارة الممكنة كما لو كانت حرماناً حقيقياً. كَدَأْبِ تلك المرأة التى كانت تبتئس كثيراً كلما تحدث زوجها إلى امرأة أخرى، وتفكر أنه من المحتمل أن تتطور علاقتُهما إلى الحب.

والحساباتُ الخاطئة أو إساءة «مسك الدفاتر» مثالٌ لنوعٍ آخر من الفقدان هو الفقدان الكاذب. كشأن ذلك الرجل الذى كان يحس بألم الفقدان كلما أنفق مالاً لاكتساب شئ ذى قيمة. وظل هذا حاله إلى أن وُفِّقْتُ إلى أن أساعده على إدراك حقيقة بسيطة: هى أن المكتَسَب قد وازنَ المنصرِفَ وزيادة.

الانشـــراح والإثـــارة

مثلما يرتبط الحزنُ بالفقد فى الملاحظة الفطرية، فإن الشرط اللازم للانشراح والإثارة هو إدراك كسبٍ ما أو توقعه، بحيث يقدِّرُ الفردُ أن نطاقه قد زاد واتسعت حدودُه. مثالُ ذلك أن يكسب أصدقاء جُدُداً، أو يقتنى أشياء عينيةً جديدة، أو يصل إلى هدفٍ منشود من أى نوع. فقد تزداد ثقةُ امرأةٍ بقدراتها الاجتماعية بعد نجاح أول حفلِ عشاء تقيمه. وقد يزداد سرور الرجل ببذلته الجديدة بعد أن يطريه عليها الآخرون.

ولا تقتصر بواعث الانشراح على التقدير الايجابى المشجع، بل إن استباق اللذات والتعزيزات الآجلة قد يبعث السرورَ العاجل. وقد ينحو هذا الاستباق الفكرى فى الواقع مَنْحَى تصاعدياً، كأمر ذلك الرجل الذى طالعته الصحيفةُ اليوميةُ بمقالٍ يعرض لبعض إنجازاته المهنية، فكانت أول فكرة طرأت عليه هى أن عمله ذاك (وبالتالى هو نفسه) من الأهمية بحيث استدعى كل هذه الشعبية. وقد غمرته هذه الفكرةُ بالانشراح. ثم جعل يجيل فى ذهنه كل الشخوص الذين سوف يُقَدَّرُ لهم أن يقرؤا هذا المقال فيزداد انشراحه أكثر فأكثر. عندئذ بدأت تجتاحه خيالاتُ الشهرة المتنامية والشعبية العارمة. لقد أخذت آمالُ هذا الرجل تتسعُ دِراكاً. ومع كل دفقةِ أملٍ كانت هناك دفعةٌ مناظِرة من الانشراح.

وتعتمد خبرةُ السرور فى نشأتها على المعنى الذى نلحقه بالموقف أو الموضوع. فهذا شابٌ يلحظ أن إحدى الفتيات ترنو إليه فيفكر: « نانسى تحبنى ». ثم يعمم هذه النتيجة إلى: « ما دامت هى تحبنى فسوف يحبنى أصدقاؤها أيضاً »، ثم: « أعتقد أن شعبيتى تزداد كثيراً، فكل الناس تحبنى ». وقد كان كل امتدادٍ لتقديراته الإيجابية له ما يناظره من ارتفاع المزاج.

وليس من الضرورى أن تكون هناك حاجةٌ مسبقةٌ قيد الإرضاء أو دافع قيد الإشباع لكى تحدث خبرةُ اللذة. فأيما واقعة أو فكرة تمثل للفرد إضافة ما هى سببٌ كافٍ للذة. فقد يتلقى الشخص هديةً على غير توقع ولا احتياج، فيُسَرّ بها رغم ذلك ويلَذّ. غير أن الشخص ما ان يجد لذةً فى شئ حتى ينمو لديه شرهٌ إلى مزيدٍ من هذا الشئ. فقد يستطيب شخصٌ مذاقَ الشهرة فيغدو منهوماً إلى المزيد منها لكى يحافظ على تقديره الجديد لنفسه.

هكذا يكون للتقدير الجديد للذات بالغ الأثر على دافعية المرء. فالشخص الذى ينال مكافأةً ما قد تلتهب رغبته فى الإثابة ويزداد ترقبه للمكافآت فيدفعه إلى مزيدٍ من العمل المنتج. ويفيد هذا المبدأ بصفةٍ خاصةٍ فى مساعدة مرضى الاكتئاب على مغالبة ما يصيبهم من كلالٍ وهمود.

وقد تلعب آليات التغذية المرتجعة feedback mechanisms دوراً فى تصعيد الاستجابة للمكاسب. فخبرة الانشراح بعد حدثٍ معززٍ للنفس قد يتخذها الفرد دليلاً على أن هذا الحدث (شئ طيب). ومن شأن هذا التقييم الإيجابى أن يولّدَ مزيداً من الرغبة فى مثل هذه الأشياء أو الظروف الباعثة على السرور.

من بدائه الملاحظة أن من يرى نفسه فى خطرٍ مُحْدِق يستشعر قلقاً. وهناك أمثلة تقفز إلى الذهن كنماذج لتلك المواقف الباعث على القلق. منها أن يتهدَّدَ المرءَ أذى جسدى، أو من مرضٌ خطير، أو كارثة اجتماعية، أو رفضٌ اجتماعى. أو أن ينالَ أىٌ شخصٍ فى نطاقه خطرٌ يهدد سلامتَه أو صحتَه أو معنوياته. بل إن المرء ليعانى قلقاً إزاء أى خطرٍ يحيط بمؤسسة يقدِّرُها أو بمبدأ يُجِلُّه.

ومن المخاطر التى تتهدد النطاقَ الشخصىَّ للفرد وتثير قلقه أن يتوقع فقدانَ شئ ذى قيمة عنده سواء كان هذا الشئ موضوعياً عينياً كالمالِ والممتلكات أو كان صديقاً أو قريباً يوشك أن يفقده بالسفر أو المرض أو الموت. وللتهديدات النفسية الاجتماعية (مثل توقع الانتقاد أو المهانة أو الهجر) نفس الأثر الذى تتركه التهديدات الجسدية ومخاطر المرض العضوى ولها فى القلب نفس الوَقْع.

ونحن نسمى توقعَ الأذى واستباقَه (خوفاً). ونسمى الاستجابة الانفعالية البغيضة (قلـقـاً)(*). ومن شأن القلق أن ينْقُص إذا استشعر الشخص القدرةَ على مغالبة الخطر أو دَرْئه. وأن يزداد إذا رأى أن الأذى المحتمل لنطاقه الشخصى باتَ وشيكاً ومرجَّحاً ومدمِّراً. ويذكو القلقُ أكثر وأكثر إذا كان الشخص فى شك من التوقيت الدقيق لوقوع البلاء.

ولكى يشخص المرءُ الموقفَ كخطر يتعين عليه أن يقوم بسلسلةٍ من الأحكام تكاد تكون متزامنة. فى الحكم الأول، أو التقدير المبدئى على حد تسمية ريتشارد لازاروس (١٩٦٦)، يتعرف على الموقف كشئٍ مهدِّد ويقدِّر مدى احتمالية الضرر ومدى اقترابه وشدته. يأتى بعد ذلك التقديرُ الثانى، وفيه يَزِنُ المرء قواته الدفاعية، أى قدرته على إبطال الخطر واحتوائه. وبقدر ما تكون الغلبةُ للقُوَى المهدِّدة يكون حجم الخطر المدرَك وبالتالى شدة القلق الناجم.

يلعب المعنى دوراً كبيراً فى إثارة القلق. نلمس ذلك فى التنوع الهائل للمواقف الباعثة على هذا الانفعال، وكذلك فى اختلاف درجات القلق الذى يثيره الموقف الواحد لدى مختلف الأفراد. فكلنا نعرف كم ينزعج الشخصُ الحساس للرفض الاجتماعى عندما يوضع فى موقفٍ قد يكشف نقاط ضعفه. مثل أن يُكلَّفَ بإلقاء كلمةٍ أمام عددٍ من النظارة. فمثل هذا الموقف

(*) سنعرض فى الفصل السادس لتفصيل الفرق بين الخوف والقلق.

قد يحمل معنى الكارثة بالنسبة إلى هذا الشخص. بينما لا يعنى شيئاً لشخصٍ ثانٍ لا يهمه رأى الناس فيه ولا يكترث لتقييمهم له.

كذلك يكون القلقُ البالغ عند البعض إزاء مواقف أو أشياء مأمونة هو نتاج المعانى الشخصية الخاصة التى يلصقونها بهذه الأشياء والمواقف. من أمثلة ذلك تلك المرأة الموفورة الصحة التى كان يتخطفها القلقُ كلما نهجت نهجاً طبيعياً عقب مجهود عضلى، ظناً منها أنها فى نوبةٍ قلبية. وذلك الرجل الذى كان ينتابه القلق كلما مر على أحد الجسور، فقد كانت تتلبسه صورة بصرية للجسر وهو ينهار. ذلك وسوف نعرض فيما بعد لأمثلةٍ أخرى للدور الحاسم الذى يلعبه المعنى فى الحالات المرضية للقلق.

الغضـــب

من النماذج التى ترد أحياناً لتمثُّل النمطَ الأوليَّ للغضب تلك الاستجابة التى تقوم بها الكائناتُ البدائيةُ لتدمير أو طرد أى كيانٍ مؤذٍ. وقد تضئ لنا هذه المماثلة analogy جانباً أساسياً من السلوك الانسانى: فعندما يتعرض أى شخص لاعتداء جسدى أو لفظى فمن المحتمل أن يثور غضبُه ويقوم بهجومٍ مضاد.

ورغم أن هذه الصيغة «الاعتداء يؤدى إلى الغضب» تناسبُ بعضَ الحالات الظاهرة للعيان، فإنها لا تنطبق علي كل الحالات التى يتولَّدُ فيها الغضب. فلا يندرُ أن نجد شخصاً قد أقعده التوترُ وأشلَّه القلقُ على أثر اعتداءٍ وقع عليه. أو أن نجد شخصاً قد تملكه الحزن لا الغضب بعد هزيمته في اشتباكٍ جسدى. وقد وصف كانون Cannon (١٩١٥) استجابات الكائن للاعتداء وفقاً لنموذج «الكر أو الفر» fight - or - flight الذى يناظر الغضب أو القلق بصفة عامة. إلا أن هذه الصيغة لا تفسر بعض الاستجابات الأخرى للعدوان كاستجابة الاكتئاب مثلاً. كما أنها لا تقدم تعليلات محددة للفروق الفردية فى رد الفعل تجاه العدوان.

ومن المواقف التى نعرفها جميعاً والتى غالباً ما تولِّدُ الغضب. موقف الإحباط، أعنى إحباط رغبة من الرغبات أو دافع من الدوافع. وقد تقصّى دولارد وآخرون Dollard et al. (١٩٣٩) هذه الملاحظة العامة وتوسعوا فيها وجعلوا منها نظريةً عريضة هى نظرية «الإحباط - العدوان» frustration - aggression بقصد تفسير السلوك العدوانى aggressive

والـعـدائـى hostile على تفاوت درجاته. إلا أن نظريتهم لا تثبُتُ للتحليل النقدى الذى سرعان ما يكشف أنها لا تغطى إلا قطاعاً محدوداً من المواقف المثيرة للغضب. كما أنهم يغفلون الدور الذى يلعبه «معنى» الإحباط فى الظروف المختلفة، الأمر الذى جعلهم يوردون فى نظريتهم مواقف نرى أنها يتوافر فيها الإحباط ولكنها لا تؤدى إلى الغضب. فمن المستبعد مثلاً أن يغضب الناسُ حين يحبطون عن هدفٍ ما إذا كان العامل المحبط عادلاً له أسبابُه ومبرراتُه، كما أوضح إليس (Ellis, 1962) وكما أثبتت تجارب بستور (Pastore 1950, 1952). فالزوج الذى اعتاد أن يغضب إذا لم يجد العشاء جاهزاً لدى عودته إلى المنزل، من غير المحتمل أن يثور إذا اكتشف أن امرأته مريضةٌ بحيث تعجز عن تحضير الطعام.

وحين نتأمل ضروب المواقف التى تبعث على الغضب بَدْءاً من الثورة الطفيفة حتى الهياج الشديد، فقد ترد إلى أذهاننا أعداد لا نهايةَ لها من هذه المواقف بحيث يصعب أن نتبين بينها رابطة مشتركة. إلا أننا حين نتمكن من تمييز الملامح الأساسية لهذه المواقف، فربما يتكشف لنا ما بينها من روابط.

التعديات المتعمدة وغير المتعمدة

لنتأمل هذه الأمثلةَ المستقاة من المجال العريض للمواقف اليومية الباعثة على الغضب:

(١) رجل تتعقبه عصبةٌ من الصبية رشقاً بالحجارة.

(٢) تلميذ يهمس فى الفصل فيقع عليه توبيخ المدرس من بين كثير من التلاميذ الذين كانوا يهمسون معه.

(٣) أحد رواد المسرح يحاول شراء تذكرة فيدفعه آخَرُ عن الصف وقد بلغ الشباك تماماً.

(٤) امرأة ينكث حبيبُها العهد ويهجرها.

(٥) طفلٌ يأمره والدهُ أن يشرك أخاه فى لُعَبه.

(٦) عضو لجنة يحاول أن يقدم سياسةً جديدةً فيعارضه باقى الأعضاء.

ثمةَ خيطٌ واحد على الأقل يجمع كلاً من هذه المواجهات. فالشخصية الرئيسية (أو

البطل protagonist) فى كل من هذه المواقف يتعرض لخبرةٍ غير سارة (الهجوم) من جانب خصمٍ أو أكثر. فهو المستهدف لاعتداءٍ جسدى، أو انتقاد، أو قهر، أو إعاقة، أو رفض، أو حرمان، أو معارضة. كلها عن عمد. وكلها مواقف مؤذية لأن فيها تَعَدياً على سلامة البطل أو رغباته أو اعتباره لذاته. وهو يدركها بوصفها انتهاكاً مقصوداً لنطاقه الشخصى، وهى تقع فى نفسه هذا الموقع حتى لو لم يكن وراءها سوء نية أو تعمد أذى.

وهناك مجموعة أخرى من المواقف الباعثة على الغضب تتكون من الأوامر والضوابط التى يراها الفرد تعدياً على حقوقه. فقد يغضب مثلاً من تقييدٍ ما يضعه شخصٌ فى موقع السلطة وإن لم تكن لديه الرغبةُ أصلاً فى إتيان السلوك المحظور. ذلك أن حقوق الفرد لا تقتصر على استقلاله وحريته فى التصرف والتعبير، بل تتضمن أيضاً توقع الاحترام والذوق واحترام المشاعر والولاء من قِبَلِ الآخرين. وقد تدفع المكانةُ الاجتماعيةُ والمهنية صاحبها إلى توقع امتيازات خاصة وإلى مهاجمة من يستهين بهذه الامتيازات أو السخط على أى شخصٍ أقلَّ مرتبةً إذا هو ادّعى امتيازاتٍ ليست من حقه.

التعديات غير المباشرة

هناك لونٌ آخر من التفاعل يفسر لنا العديد من استجابات الغضب التى نستشعرها فى أنفسنا ونلاحظها فى غيرنا. وفيما يلى أمثلة من المواقف التى لا تمثل للوهلة الأولى انتهاكاً مباشراً لنطاق المرء غير أنها قد تثير الغضب :

(١) مُضيفٌ يمتعض من أحد ضيوفه لأنه يستعرضُ معرفتَه وثقافتَه فى حفل عشاء.

(٢) عامل نسخٍ يغضب من حكايات صديقٍ له عن نجاحه فى أعماله التجارية.

(٣) شاب يشتاط من رفيقته لأنها تتحدث بحيويةٍ مع رجل آخر.

(٤) طالب حاصل على درجة ممتازة يحنَق على أستاذه حين يعلم أنه أعطى نفس الدرجة لأحد زملائه.

(٥) زوجٌ يغتاظ لأن زوجته منحته إطراءً طفيفاً لما يعتبره نصراً تجارياً كبيراً.

بوسعنا حين نحلل هذه المواقف أن نفهم لماذا تُعتبر مؤذية مكدِّرة: فكل موقف من هذه المواقف يحمل معنى الاعتداء على البطل من جهة اعتباره لذاته. وسلوك المعتدى يُعَرِّض البطل بطريقة غير مباشرة لانتقاص الذات. فالمجموعة الأولى من المواقف هى أمثلةٌ للغيرة والحسد. فالذين يستحوذون على الانتباه معتدون لأنهم يهددون البطل بالتعتيم على صورته: «إنه يحتكر كل الالتفات ولا يترك لى شيئاً»، «إنه أكثر منى تأثيراً فى الناس»، «إنه أكثر نجاحاً منى». مثل هذه المقارنات تجعل البطلَ يشك فى أهميته وبأسه. فالطالب الذى عززت الدرجةُ الرائعةُ التى حازها اعتبارَه لذاته، انكمش فيه هذا الاعتبار حين خسر ذلك التفردَ فى الامتياز الذى كان ادّعاه لنفسه. والزوج ممتعض من رد الفعل الفاتر لزَوجته لأنه يبدو مهوِّناً من شأن إنجازه.

هاهنا سؤالٌ يطرحُ نفسَه: مادامت الاعتداءاتُ تمثل نوعاً من الفقد، فلماذا يقع البطل فى الغضب وليس بالأحرى فى الحزن؟ الجواب أنه يحس بالغضب ما بقىَ قادراً على دَفْع الإهانة والانتقاص بالتركيز على الجوانب السلبية للمعتدى: إنه متباه فاقد الجَدارة، فارغ العقل، ظالم. على أنه إذا سلَّم البطلُ بهذا الفقدان المتخيَّل للمكانة كشىءٍ معقولٍ أو صائبٍ أو عادلٍ، فإنه عندئذٍ يشعر بالحزن. أما إذا تأرجح بين لوم المعتدِى والندم على ما فقده فإن مزاجه يتذبذب بين الغضب والحزن.

التعديات الافتراضية

يمكننا أن نتصور أمثلةً أخرى لا يبدو أن فيها أىَّ تَعَدٍّ مباشر أو غير مباشر يفسر استجابةَ الغضب:

(١) أحد المشاة يغضب لرؤية راكب سيارة يخترق إشارة الوقوف.

(٢) أمٌّ تسخط على طفلها لأنه لا يلتزم بآداب المائدة.

(٣) رجلٌ ثرىٌّ يغتاظ حين يُطلَب منه إسهام خيرى.

(٤) رجلٌ كرَّس نفسه لمبدأ القانون والنظام يثور غضبُه حين يسمع بجريمة ارتُكِبَتْ على بُعد آلاف الأميال منه.

ليس في أى من هذه الأحداث خرقٌ واضحٌ لنطاق الفرد، ومع ذلك فهو يستجيب كما لو كان تعرَّضَ لاعتداءٍ مباشر. وهو قد يعترف صراحةً أنه لم يلحق به أى ضرر شخصى من جرّاء ما حدث. فإذا كان الأمر كذلك فلماذا يغضب؟ إذا نظرنا في هذه الأمثلة وجدنا أن القاسم المشترك بينها هو أن المعتدِى قد خرقَ قاعدةً يعتبرها المعتدّى عليه هامةً له. ولأن هذا الخرق يجعل البطل يرى نفسه مستهدفاً وعرضةً للانجراح فهو يمثل تعدياً ممكناً أو افتراضياً.

في المثال الأول يفسر السائقُ غضبه من الراكب المسرع هكذا: «كان من الممكن أن أكون عابراً للطريق في تلك اللحظة». أما الأم الساخطة على طفلها في المثال الثانى فتحزر أنه لو كان شخصٌ غريبٌ موجوداً لحكمَ أنها أم سيئة لا تجيد تربية أطفالها وتقويمهم. وأما الثرىُّ في المثال الثالث فقد اغتاظ لأنه تفكَّرَ: «لو أن علىَّ أن أعطى نقوداً لكل عملٍ خيرى لأفلست».

في الاعتداءات الافتراضية تكون لفكرة «يمكن أن يحدث» نفس الوزن تقريباً الذى لفكرة «حدث بالفعل». وتتسبب هذه التعديات الافتراضية، رغم خفائها ودقتها، في شطرٍ كبيرٍ من الخلافات التى تحدث في العلاقات الإنسانية. وسوف نرى حين نتقدم في هذا الكتاب أن هذه الاعتداءات تتألف من انتهاك بعض قواعد السلوك المسلَّم بها بين الجميع، أو بعض القواعد والمعايير الشخصية الخاصة كما يحدث أحياناً.

إن المرء لَيفرضُ حكمَ قيمةٍ value judgement على سلوك الآخرين. وهو مما يدل على وجود دستورٍ ضمنى من القوانين والقواعد والمبادئ والمعايير. وإنه ليطبق هذه القواعد كما لو كانت تساعد على حمايته من الأذى الجسمى والنفسى رغم أن شخصه ونطاقه لم يُمَسّا في حقيقة الأمر في التحامٍ مباشرٍ بالمعتدى. هكذا يحنق السائق على راكب السيارة رغم أنه لم يتعرض للخطر الفعلى. ذلك أن اختراق القانون قد يؤثر على سلامته في المستقبل.

تشكل مبادئُ اللعب النظيف والعدل واللياقة نوعاً من الجدار الخارجى أو الحماية لنطاق المرء. وإنما تثير الأفعالُ الاعتسافيةُ والخاطئةُ والظالمةُ مشاعرَ الغضب والحنق (حتى لو لم تكن موجهةً ضده) لأنها تُعتبر تهديداً لهذا الجدار الواقى.

ونحن نولى أهميةً كبرى لسائر العادات الى تحكم تفاعلات البشر. ونجد مؤشراً لأى انتهاك لها في صرخات الغضب من مثل: «ليس لهم حقٌ أن يتصرفوا بهذه الطريقة»، «ليس يحق له أنْ يفعل هذا»، «يجب على أولئك الناس أن يسلكوا سلوكاً أفضل»، «إنه مبدأُ هذا الشئ».

هذا مديرٌ تجاريٌ في منتصف العمر يُبدى سخطه على مجموعةٍ من الأنماط السلوكية لدى البعض مثل علو الصوت والعدوانية واللامبالاة وشعث الرأس. وبسؤاله اعترف أنه لم ينله شخصياً أذى أو خسارة من جراء سلوكهم غير انه احتجَّ على هذا السلوك بوصفه غلطاً وسوءاً، وقال إن المذنب يجب أن يناله العقاب بشكلٍ أو بآخر: «ليس من حق أولئك الهيبيين أن يطيلوا شعورهم إلى هذه الدرجة ويكونوا بهذه القذارة. إنهم لابد أن يُحْتَجَزوا».

تؤلف أنماطُ السلوك المقبولة دستوراً أخلاقياً يتم دمجُهُ في نطاق المرء. بذلك يغدو أي خرقٍ لهذا الدستور بمثابة اعتداء على نطاقه ويؤدى إلى نفس الاستجابة التي يثيرها الاعتداء. وتتفاوت الدساتير الشخصية تفاوتاً كبيراً داخل الجماعة الثقافية الواحدة، وقد تتناهى فى الخصوصية فتكون فرديةً مقصورةً على شخصٍ واحد. فى هذه الحالة فإن غضب الفرد لخرق دستوره قد يبدو للآخرين غير ملائم وغير صحى. ولكنه يبدو ملائماً له بالنظر إلى معاييره الخاصة للصواب والخطأ. إن أى انتهاك لمعاييره الشخصية يعتبر اعتداءً على نطاقه.

يبدو أن التقاليد الاجتماعية تلعب دوراً أكبر مما نظن فى تحديد الشروط التى تجعل الغضب مُبَرَّراً أو متوقَعاً أو لازماً. ولكنها أيضاً تضع الحدود التى يجب ألا يتجاوزها الغضب أو يُعَدّ زائداً أو غير لائق، كما نلمس ذلك فى عبارات من قبيل: «إنك تهوِّل المسألة» أو «لماذا تُعَكِّر مزاجَك؟». وإنْ منا إلا مَرَّ بمواقف أغضبته من دون أن تُغْضِبَ رُفْقَتَه، والعكس بالعكس. كذلك عندما نستجيب بهدوء ولا نحرك ساكناً بإزاء موقفٍ مؤذٍ فقد يقول لنا الغير «كان يجب أن تغضب» «كان عليك أن توبِّخَه!». أما إذا أبدى شخصٌ ما ثورةً عارمةً من الغضب لشئٍ نعتبره هيناً تافهاً، فقد نتشكك عندئذٍ فى أن هذا الموقف يحمل معنى شديد الخصوصية بالنسبة له.

يمكننا الآن أن نوجز أصناف المواقف التى تؤدى، بعامة، إلى الغضب كما يلى: (١) اعتداء مباشر متعمَّد (٢) اعتداء مباشر غير متعمَّد (٣) خرق القوانين والمعايير والأعراف الاجتماعية: التهديدات الافتراضية، السلوك المتدنِّى، خرق الدستور الأخلاقى الشخصى (الفردى). فى كل هذه الأصناف من ثورات الغضب يتمثل العامل المشترك فى أن الفرد «يقدِّر» وقوع اعتداء على نطاقه الخاص الذى يشمل قيمه ودستوره الأخلاقى والقواعد التى تحمى حقوقه. ورغم أن هذا العامل المشترك هو شرط ضرورى necessary condition (*)

(*) الشرط الضرورى هو الشرط الذى لابد أن يتوافر فى الشئ لكى يُدرَج هذا الشئ ضمن فئة أو مفهوم ما.=

لإثارة الغضب فهو ليس شرطاً كافياً sufficient condition. فلكي يُثار الغضب يجب أن تتوافر شروط أخرى معينة. أولها أن يأخذ الفردُ هذا الاعتداء مأخذ الجد ويَسِمَهُ بسمة سلبية. فالطفل الصغير الذى يقذف والديه بكرات الثلج هو أدعى إلى البهجة والتسلية منه إلى الغضب والنقمة. ثانياً ألا يعتبر الفردُ الموقفَ المؤذى خطراً مباشراً أو دائماً. فإذا كان مبلغُ همه هو سلامته الشخصية فسوف يناله القلق لا الغضب. ثالثاً أن يكون الفرد معنياً أساساً بأمر الإثم والعدوان والمعتدِى لا بالأذى الذى يمكن أن يصيبه.

لنوازن الآن بين سلسلة الاستجابات النفسية المؤدية إلى الغضب وبين تلك الخطوات التى تُفضى إلى القلق. إن الفرد فى حالة الغضب يبدأ بوضع (تقدير أولى) للمؤثر المؤذى فيميزه ويَسِمُه كمؤثرٍ مؤذٍ. وهو فى ذات الوقت يقوم بتقييم قدرته على تحمله أو صده أو إبطال أثره (تقدير ثانوى). وفيما يلى مثال نرى فيه البطل يتذبذب بين الغضب والقلق حسبما تعلو ثقتُه فى صد المؤثر المؤذى وتزداد أو تخبو وتتضاءل.

فهذا طالبٌ جامعى كان يقود سيارته فعاقته سيارة تتلكأ أمامه وتتحرك ببطء. فغضب الطالبُ لأنه أُعيقَ من جهة وانتُهِكَ من جهة أخرى من جراء استهانة هذا السائق بقواعد القيادة المتفق عليها. وأطلق نفير سيارته مراراً وصرخ فى السائق. لقد كان يعد نفسه قادراً على صد أى انتقام محتمل، وإن استبعد حدوثَ انتقامٍ على أى حال. غير أن الموقف بدأ يتطور. فلدهشته وجد السائق يتوقف ويخرج من سيارته، فازداد غضبُه لتلك المشاكسة. ولما بدا واضحاً أن ذلك السائقَ ضخمٌ وخطِر تحولَ غضبُ الطالب إلى قلق فاندفع بسيارته مسرعاً ولاذ بالفرار. وبعد أن ابتعد مسافةً آمنةً عادتْه موجةٌ من الغضب وحَدَّثَ نفسه: «القوّاد النذل. يريد أن يسحقنى».

يوضح لنا هذا المثال أن الشخص عندما لا يكون معنياً بسلامته فهو خليقٌ أن يحس بالغضب تجاه الطرف المعتدِى. أما إذا تركَّزَ هَمُّهُ فى الخطر الوشيك فإن غضبه يتبدل إلى قلق.

** فالذكورة على سبيل المثال هى شرط ضرورى لكى يدرج (س) ضمن فئة العزاب. وغنى عن الذكر أن الشرط الضرورى لا يضمَن للشئ أن يُدرَج فى الفئة (فالطفل الذكر ليس أعزب، والرجل المتزوج ليس أعزب، والقط البالغ المعزول ليس أعزب). أما الشرط الكافى فهو الشرط الذى إن توافر فى الشئ ضمن له أن يدرج فى الفئة أو المفهوم دون حاجة إلى شروط إضافية، وغالباً ما يكون الشرط الكافى شرطاً مركباً من مجموعة من الشروط الضرورية، أو قل إنها عندئذٍ تصبح، إذ تؤخذ مجتمعة، شروطاً كافية. مثال ذلك أن كون (س) إنساناً وغير متزوج وذكراً وبالغاً وليس كاهناً أو غير مؤهل للزواج. هو شرط كافٍ أو شروط كافية لكى يدرج (س) ضمن فئة العزاب. «المترجم».

وهذا تذبذبٌ مماثلٌ بين الغضب والقلق وقع فيه رجلٌ بعد أن عنَّفَته زوجتُه بقَسْوة. فهو يتأمل حيناً فى ظلمها له وجورها عليه فيغضب عليها. وحيناً آخر تؤرقه فكرةُ أنه خسر حبها فيشعر بالحزن. وجعلَ فكرهُ يتأرجح طول اليوم بين لوم زوجته وبين حرمانه من الحب، مصحوباً بتأرجحِ مناظر بين الغضب والحزن.

تتناسبُ درجةُ الغضب بصفةٍ عامة مع ما يبدو للبطل من عَسْفٍ فى ذلك العدوان ومن جَوْرٍ وظلم. فذلك أمرٌ يتوقف على تقديره الخاص. وهو مما يفسر الاستجابات المفرطة العنيفة إزاء ما يبدو للآخرين إساءة هينة طفيفة.

يمكن تلخيص العوامل التى تتسبب فى اشتداد الغضب بعد وقوع الاعتداء فيما يلى: (١) أن يدرك الشخص الاعتداء كشيءٍ متعمَّد. (٢) أن يدركه كشيءٍ خبيث. (٣) أن يدركه كظلمٍ وحَيفٍ وافتئات. (٤) أن يدرك المعتدِى كشخصٍ بغيض. (٥) إمكان توبيخ المعتدى وحرمانه.

وهناك، من جهة أخرى عوامل «مخفِّفة» من شأنها أن تلطف الغضب وتزيل النقمة، مثل أن يدرك الشخصُ الاعتداءَ كشيءٍ «عارض غير مقصود» أو واقع «بحسن نية»، أو «له ما يبرره». أو أن يرى المعتدِى «فتى لطيفاً»، أو أن يعتقد الشخصُ أنه هو فى الحقيقة المخطئ.

التمييز بين ثورة الحزن والغضب والقلق

تشير ملاحظاتُ الحياة اليومية إلى أن نفس الظرف الخارجى قد يُحدثُ حزناً فى أحد الأشخاص وقلقاً فى شخص آخر وغضباً فى شخصٍ ثالث. بل إن ظروفاً تبدو متشابهة قد تحدثُ فى الشخص الواحد حزناً فى أحد الأوقات، وقلقاً فى وقت آخر، وغضباً فى وقت ثالث. غير أننا لو تفطَّنّا إلى المعانى الملحقة بالحدث لزال الغموض من الأمر وأمكننا فى عامة الأحوال أن نتنبأ بالانفعال المثار. فالمعانى الكبرى عند شخصٍ ما تحددها أنماطُه التى اعتادها فى تصور صُنوفٍ معينة من مواقف الحياة، وتحددها كذلك حالتُه النفسيةُ إبان الموقف. فإذا كان الهم الرئيسى عند هذا الشخص هو «الخطر» فهو حليف «قلق». وإذا كان شغله الشاغل هو «الفقدان» فهو رهين «حزن». أما إن كانت بؤرةُ اهتمامه هى السلوك الجائر من المعتدى الأثيم فهو خِدْن «غضب». وربما تتضح الشروط الضرورية والكافية لإثارة كل انفعالٍ من هذه الانفعالات حين نبين كيف تؤدى ظروفٌ واحدةٌ إلى انفعالات مختلفة.

الحزن مقابل الغضب

يؤدى انتقاصُ المنزلة (بالإهانة مثلاً أو النقد) إما إلى الحزن أو الغضب. فإذا كان الشخص يسلِّمُ بصحة الإهانة أو النقد بحيث ينخفض تقديرُه لذاته فهو حقيقٌ أن يشعر بالحزن. كذلك يشعر بالحزن، مع عدم تسليمه بصحة الإهانة، إذا كان يعد مجرد الإهانة انعكاساً سيئاً عليه. أما إذا رأى الإهانة غير صحيحة وغير مشروعة وظالمة فالأرجح أن يشعر بالغضب.

وقد يدرك الشخصُ أن تسليمه بصحة النقد ربما يسلمه إلى الحزن ومشاعر الذنب، فيعمد إلى دحض هذا النقد بأن يُسَفِّهَ المنتقد ويجرده من صفته وأهليته للنقد. فإذا نجح فى ذلك فالأرجح أن ينتابه الغضبُ بدلاً من الحزن.

الحزن مقابل القلق

حين يجد الشخصُ أن الخسارة (الفقد) قد وقعت بالفعل أو أن نطاقه الشخصى قد انتُقِصَ بتوقُّع الخسارة فالأرجح أن يشعر بالحزن. أما إذا اعتبر نفسه سليماً ما يزال وأن الخسارة أو الإصابة وشيكةٌ فحسب فالأرجح أن يشعر بالقلق. وقد يحدث الحزن بتوقع حدث مؤذ بدلاً من القلق. من أمثلة ذلك أن يعلم الشخص بخسارة مستقبلية ولتكن شخصاً هاماً أو وظيفة أو مكانة. فالحزن هو الناتج إذا أحس الشخص بالخسارة المتخيلة إحساساً حاضراً لا مستقبلياً، أى إذا أسقطها من نطاقه قبل أن تحدث بالفعل.

القلق مقابل الغضب

السمةُ البارزةُ فى حالة القلق هى «الخطر» danger: فالشخص فى حالة القلق مهمومٌ أولاً وقبل كل شئ باحتمال أن يصيبه أذى وألا يملك حيلةً فى دفع المؤثر المؤذى. أما فى حالة الغضب فإن همه الأكبر ليس فى تعرضه للخطر بقدر ما هو فى انتهاك حقوقه وقواعده ومبادئه، وفى جَوْر الطرف المعتدى واستحقاقه للوم.

ولكل محتوى فكرى نموذجى لانفعالات القلق والحزن والانشراح والغضب ما يناظره فى أمراض القلق والاكتئاب والهوس وحالات البارانويا على الترتيب. والفرق الجوهرى بين الاضطرابات النفسية والاستجابات الانفعالية السوية هو أن المحتوى الفكرى فى حالة الاضطراب النفسى ينطوى على تحريف أو تشويه دائم لأحد المواقف الواقعية. فبينما تقوم الاستجابةُ الانفعاليةُ السويةُ على تقديرٍ معقولٍ للموقف فإن الاستجابة المرضية تخضع إلى حد كبير لعوامل داخلية (أى سيكولوجية) من شأنها أن تُفْسِدَ عملية تقييم الواقع وتربكها.

الفصل الرابع

المحتوى المعرفي لاضطرابات الانفعال

«ليس العُصابي مريضاً انفعالياً فحسب ـ إنه مخطئ معرفياً»

أبراهام ماسلو

إنه لمما يدعو إلى الإعجاب حقاً تلك القدرة التى نتمتع بها نحن البشر، عند نضجنا النفسي، على استيعاب أعداد هائلة من الأحداث البيئية والتفاعل معها بتوافقٍ وتكيف. وأدعى منه إلى الإعجاب قدرتُنا على التمييز بين أدق المشْعرات وأخفاها أثناء تعاملنا مع بعضنا البعض، ومرونتنا فى مواجهة الخيبة والإحباط. وإن قدرتنا على استخدام الخيال بشكلٍ إبداعي دون أن ندعه يجور على إحساسنا بالواقع لهو دليل آخر على نضجنا النفسى.

غير أن هذه الصورةَ المتألقة لا تخفى الوجهَ الآخر من الحقيقة. فمن الواضح أننا لا نستجيب لجميع التحديات استجابةً صائبةً على الدوام. إن لدينا نقاط ضعف خاصة، كأنها خطوطُ تصدُّعٍ تتراكم إزاءها الضغوطُ وقد تُفضى إلى ما يشبه الزلزلةَ أو الثوران البركانى. ذلك هو السلوك الذى نُسمِّهُ عادةً باسم «الاستجابة المفْرِطَة» over - reacting، والذى تطغى فيه التقديراتُ الخياليةُ للأمور على التقديرات الواقعية. وقد يتبين لنا أن استجاباتنا فيه لا معقولة إلى حد بعيد.

هناك أمثلةٌ للاستجابة المفرطة نألفها جميعاً:

* فهذا رجلٌ يحتدُّ فجأةً ويشتاط غضباً عندما يبدِى له أصدقاؤه شكهم فى أنه حُجةٌ فى مجالٍ معين.

* وهذه امرأة معروفة بالهدوء ورباطة الجأش يتملكها الضيقُ الشديد حين أعياها أن تجد رداءً مناسباً لحفل عشاءٍ تزمع حضوره.

* وهذا طالب يعتكر مزاجه ويرين عليه الغم ويعد نفسه فاشلاً تماماً حين يعلم أنه حصل فى الامتحان على درجة أقل من المتوقع.

مثل هذه الأمثلة للاستجابة الانفعالية الزائدة أو غير الملائمة تشير إلى أهمية الدراما الداخلية التى تتخلل خبراتنا: إننا نتصور صدامات بين قوى الخير والشر، بين الانتصارات والمآسى، بين المآثر والمخازى. وإن أحلام نومنا ويقظتنا لتعرض لمحاتٍ من هذه المشاهد المسرحية الداخلية. حين تفيض هذه الخيالات وتكتسح بقوتها الدرامية تقديرَنا العقلانى للأمور فإننا نقع فيما يسمى بالاستجابة الانفعالية الزائدة أو غير المناسبة.

قد تبلغ هذه الخيالاتُ الداخليةُ عند البعض مبلغاً يصبحون معه فريسةً للأوهام تُسَيِّرُ سلوكَهم وانفعالاتهم كيف شاءت. وعندما تتجاوز استجاباتهم الانفعالية حداً معيناً من الكرب والعجز فإن لنا أن نطلق عليها «اضطراب الانفعال» أو «العُصاب» أو «الاضطراب

النفسى » أو « المرض النفسى ». تتكرر هذه الاضطرابات وتتواتر متخذةً صورةً مميزة تسمح بأن ندرجها فى تصنيفٍ مرضىٍ متعارف عليه كالاكتئاب وحالات القلق وحالات البارانويا. ورغم أن هذه الاضطرابات النفسية تَمُتُّ بصلة إلى صنوف الاستجابات الانفعالية التى عرضنا لها فى الفصل الثالث، إلا أنها تختلف عن الاستجابات السوية. ففى حالة الاضطراب النفسى يكون الفكر الطفيلى الخيالى متعلقاً بمسائل محورية وموضوعات أساسية فى حياة المريض. ويتجلى اضطراب التفكير فى أوضح صورة حين نعرض لواحدةٍ من المتلازمات (الزملات) التى تصادف المعالجين. ألا وهى العصاب الحاد acute neurosis .

الاضطرابات الانفعالية الحادة

لعل الاستجابةَ العصابية الحادة هى أوضحُ مثالٍ وأوجزُه على البؤس والشقاء الذى يعانى منه المرضى النفسيون. تتمثل هذه الاستجابة، فى حالاتها القصوى، فى مجموعة متنوعة من الخبرات الأليمة الشديدة. فالأشياء المألوفة تبدو للمريض غريبةً مشوهة غير حقيقية. بل إن خبراته الداخلية تبدو عجيبة شاذة. فقد يجد أنه فَقَدَ الإحساسَ الطبيعى بأطرافه أو بداخل جسمه. وقد يحس بثقل أو بخفةٍ فى جسده. وقد تأخذ الوقائعُ معانىَ ودلالاتٍ جديدة، فيهول فى نظره حدثٌ ماضٍ كان يعده هيناً ويكبر ما كان ضئيلا. إنها استجابات غريبة عن مجال خبرته المعتادة، يُشَبِّهُها بعض المرضى بخبراتهم عندما كانوا تحت تأثير التخدير الطبى أو تأثير سيئ للمخدرات أو تأثير كابوس ليلى.

ومن الجوانب المدمرة للاضطراب الانفعالى الحاد ذلك الانفلات لكل ضروب التحكم والسيطرة التى كان المريض يسلم بوجودها من قبل ولا يخالجه فيها شك. إنه ليجهد ويصارع لكى يحتفظ بالتحكم الإرادى فى التركيز والانتباه. ويشق عليه أن يحدد أفكاره أو أن ينهج مساراً متسقاً من التفكير. كما أن وعيه بنفسه وبما حوله يتغير بل ويتضاءل بحيث يشق عليه إدراك كثير من تفاصيل بيئته (إلا أنه قد يصير حاد الإحساس، على غير المتوقع، ببعض المؤثرات مثل نبرة صوت شخص معين أو أحاسيس داخلية معينة). وقد يعانى هذا المريض من اختلاط ذهنى يصل لدرجة فقد التوجه disorientation . ورغم أنه قد يصيب فى التعرف على ذاته وعلى المكان الذى هو فيه إلا أنه يظل غير واثق من هذا التعرف.

حين يبلغ هذا الاضطراب أشد درجاته يطلق عليه « الاستجابة الكارثية » catastrophic reaction حيث يصف الشخص خبراته الخارقة بأوصاف من مثل: « لست أحس أنني موجود هنا على وجه التحقيق »، « أحس أنني مختلف »، « الأشياء تبدو مختلفة ». وفي محاولته أن يحصر نوعية خبرته يستخدم تعبيرات مثل: « أحس أن قبضتي تفلت »، « إنني أخرج من عقلي »، « إنني أحتضر »، « أحس أنني على أعتاب الموت »، « أنني أتفكك أجزاءً »، « إنني أُجَن ». ورغم أن المصاب كثيراً ما يفسر هذه المشاعر المخيفة كدليلٍ على أنه بصدد الجنون، فإنها ترتبط عامةً بالاستجابات العصابية الحادة أكثر مما ترتبط بالذهان psy-chosis.

بالإضافة إلى المشاعر الغريبة وإلى تعطل العمليات النفسية المعتادة مما أشرنا إليه آنفاً، فقد تغمر المريضَ مشاعرُ عنيفةٌ من القلق أو الحزن أو الغضب. وحتى حين يكون الانفعالُ تضخيماً لأحد المشاعر السارة (كالانشراح في الاستجابات الهوسية) فإن شدته تجعل منه شيئاً بغيضاً غير سار.

هل بإمكاننا أن نستخلص معنى متسقاً من تلك الظواهر النفسية الغريبة التي تحدث في حالة العصاب الحاد؟ الحق أن هناك عنصراً لافتاً للنظر في تلك الخبرات الغريبة، وهو شدة « الوعي بالذات » self - consciousness. فمريض العصاب يغدو واعياً بعملياته الداخلية بدرجةٍ زائدة. إن انتباهه مُثَبَّتٌ على إدراكاته وأفكاره ومشاعره بحيث تغدو هذه العمليات النفسية واضحة للغاية. ويتصف هذا الانتباه، فضلاً عن ذلك، بأنه زائدٌ مفرط تجاه مشعرات بيئية معينة، وغافلٌ ساهٍ تجاه المشعرات الأخرى، وهو ما نطلق عليه اسم « الرؤية الأنبوبية » Tunnel vision، وهو إذ يوثق انتباهه بمؤثراتٍ داخلية وخارجية محددة، يجد صعوبة كبيرة في الالتفات إلى مناطق أخرى من الخبرة والتركيز عليها.

هذه الظاهرة التي تتضمن الوعيَ المفْرطَ بالذات والانتباهَ الموثوقَ المقيَّد، تشبه الاستجابات التي يحس بها كثير من الناس في المواقف ذات الخطر الواقعي. فالطالب الذي يؤدي امتحاناً شفهياً أو تحريرياً هاماً قد يحس بخبرة القلق بسبب الخطر الذي يهدد أهدافَه الحياتية. فيجد صعوبة في التركيز على مهمته المباشرة، وهي أن يقرأ أو يستمع إلى الأسئلة ثم يعوِّل على ذاكرته لتمده بالإجابات. إن انتباهه لينشغل بدلاً من ذلك بهواجس الرسوب وبالتقييم المستمر لأدائه وتفحُّصِ حالته الانفعالية السيئة. وهو بذلك يتشتت ولا يفهم الأسئلة وتتعثر محاولاتُه لاستدعاء المادة وتكوين العبارات المناسبة. هذه الظاهرة التي تشمل تعطل الذاكرة وضعف

الأداء ليست ناتجة عن القلق بما هو كذلك، بل عن تقيُّدِ الانتباه بأفكارٍ ومشاعر غير متصلة بالموضوع.

هناك مجموعة مشابهة من الاستجابات النفسية قد تنتج عن التعرض للخطر الجسدى. فالجندى الذى يخوض الحرب لأول مرة قد يحس بصعوبةٍ فى التركيز وفى تحويل بؤرة انتباهه، وقد يتثبَّتُ انتباهُه على فكرة الخطر والرغبة فى الهروب بحيث يعجز عن فهم الأوامر وتنفيذها.. تلك الأوامر التى من شأنها أن تحفظ حياته. وهناك خبرات مشابهة يذكرها أناسٌ فى مواقف أخرى ذات خطر. فقد ينشغل متسلق الجبال المبتدئ بهاجس السقوط وهو يرتقى منحدَراً شاهقاً بحيث ترتبك خطواتُه أو تتعثر ومن ثَمَّ يعرض نفسه للخطر الحقيقى.

لنقارن الآن بين استجابات الخطر الحقيقى وبين تلك الخبرات التى يحسها المصاب بحالة عصاب القلق الحاد. إن مريض القلق يشبه ذلك المتعرض لتهديد فعلى فى بعض الأوجه: فهو مفْرِط اليقظة للمؤثرات المقترنة بالخطر يسترعى انتباهَه أىُّ تغير فى بيئته (صوتٌ مفاجئ مثلاً) ولديه فى نفس الوقت صعوبة فى تركيز انتباهه على العناصر البيئية التى لا تنم على خطر.

ورغم أوجه الشبه فإن مريض القلق الحاد يختلف عن المتعرض للخطر الحقيقى اختلافاً كبيراً. فالخطر الذى يحسه مريض القلق لا وجود له أو هو مبالَغٌ فيه إلى حد كبير. وهو غير مشغول فحسب بفكرة الخطر بل هو دائماً وأبداً يفسر المؤثرات المأمونة كدلائل خطر.

ليست مشكلةُ مريض القلق فى تسمية المؤثرات بالدرجة الأساس أوفى نعتها. فبإمكانه للتو أن ينعت صوتاً ما بانه صوتٌ عالٍ. ولكن مشكلته فيما يلصقه من معانٍ ودلالاتٍ على مؤثراتٍ بعينها. إن تأويلاته تميل إلى أن تكون بعيدة الاحتمال وغير واقعية. فحين يسمع صفارةَ إنذار فذلك يعنى عنده أن منزله يحترق. وحين يحس ألماً فى مؤخرة رأسه فذلك يحتمل إصابته بسكتة دماغية. وحين يرى شخصاً غريباً يقترب منه فهو يعتبره مهاجماً مغيراً. ويظل يفسر الأحداث والوقائع كدلائل خطرٍ بلا تمييز، وتتراكم هذه التفسيرات فتخلف نظرةً محرَّفةً للعالم الواقعى وقلقاً متصاعداً. هذا التأويل السيئ للمواقف يشكل تحريفاً معرفياً cog-nitive distortion يتراوح بين الزلل الطفيف والخطأ الثقيل الفادح.

تقيُّد الانتباه، تقلص الوعى، التجريد الانتقائى selective abstraction، التشويه والتحريف. هذه الظواهر السلبية ليست وقفاً على عصاب القلق الحاد بل تحدث فى العصابات الحادة الأخرى كالاكتئاب والهوس الخفيف وحالات البارانويا. تختلف هذه

الحالات من حيث صنف الانفعال الناجم: الحزن، الانشراح euphoria، الغضب. ويمكن رد هذه الاختلافات فى الانفعال إلى اختلاف المعانى الشاذة أو اختلاف تيمات themes التفكير بين هذه الاضطرابات. ففى كل نوع من العصاب، كما سوف نرى، تجد المريض يلوى الحقائق كي توافق التصورات التى تهيمن على تفكيره. إن اضطرابات التفكير هى أيضاً فى القلب من العصابات الأخرى كالهستريا والرهاب والوسواس القهرى.

الاضطرابات العصابية

رغم أن الاضطرابَ الانفعالى الحاد قليلُ التوارد لا يعرض بكثرةٍ للممارسين، فإن سماته الصارخةَ تساعدنا فى فهم الأشكال العصابية الأكثر شيوعاً وتضيءُ لنا جوانبها الأكثر صعوبة وخفاءً. إن اضطراب التفكير فى العصابات الأقل إثارة قد يقتصر على مواقف معينة أو يرتبط بمشكلات محددة تمس من المريض نقاط ضعفه وحساسيته بينما يبقى تفكيره فى المواقف الأخرى معقولاً ومتناغماً مع الواقع. غير أننا يجب أن نذكر أن هذه العصابات الأكثر إزماناً وأقل حدةً قد تعرض مسارَها سوراتٌ episodes شبيهةٌ بالاضطراب الانفعالى الحاد.

حيث أن ضيق التفكير وتثبيت الانتباه وتحريفات الواقع أشياءُ واردةٌ فى كل أنواع العصاب، فإن الفروق المحورية بين العصابات يجب أن نلتمسها فى مضمون الفكر الشاذ وليس فى شكله. وقد أرجأنا الحديث عن غرائب التفكير التى تَسِمُ كل أصناف العصاب والتى تشكل نقاط التقاء، لكى نعرض الآن لفحص نقاط الاختلاف بينها فى محتوى الفكر.

فى تلك العُصابات المتسمة بالانفعالات الزائدة نجد أن الحالة الانفعالية المميزة لكل اضطراب تتولد من محتوى بعينه من الفكر الشاذ. فالحزن، وهو الانفعال المميز للاكتئاب، ينجم من ميل المريض إلى تفسير خبراته بوصفه محروماً ضعيفاً مقهوراً. والانشراح euphoria فى حالاتِ الهوس الخفيف hypomania ينتج من الانشغال الدائب بفكرة تعزيز الذات وإعلاء شأنها. ومريض القلق يتخطفه الكربُ والضيقُ بسبب غُلُوِّه فى تأويل خبراته كإشارات خطرٍ وتهديد. بينما يستبد الغضبُ والحنقُ بمريض البارانويا بسبب ثبوته عند أفكار الإساءة والاضطهاد.

وقد استقيتُ المعطياتِ الأساسيةَ التى استندتُ إليها فى عملية التحقق من اضطرابات

التفكير عند العصابيين من مدونات حَرفية لما لفظوا به أثناء العلاج النفسي أو التحليل النفسي الرسمي (Beck, 1963; 1967) والتي تدور حول هواجسهم الكبرى المتكررة وتفسيراتهم للمواقف الحياتية وأفكارهم الأوتوماتيكية. لقد كانت مشاغلي في ذلك الحين مناقضةً للمحتوى الذي برز لي في هذه التجربة . وهذه الحقيقة لا شك تُضائل من احتمال أن أكون قد أثَّرتُ على إدلاءاتهم أو أوحيتُ لهم بشيءٍ غير نابعٍ منهم. لقد لاحظتُ مثلاً ارتباطَ مشاعر الاكتئاب بفكرة الفقد ومشاعر القلق بفكرة الخطر. وتكررت هذه الملاحظاتُ مراراً بحيث اضطرتني إلى أن أعدِّل فكرتي عن هذه الأمراض. فبدأتْ الصياغاتُ الجديدةُ تحل بالتدريج محل نظريات التحليل النفسي التي كنتُ قد تعلمتُها واعتقدتُ فيها، والتي تفسر الاكتئاب كنتاجِ عدوانيةٍ محوَّلةٍ ضد الذات، وتفسر القلق كنتاج رغبةٍ محرَّمةٍ باللاشعور تهدد باقتحام الوعي.

وقد قمتُ في البداية بتسجيل النتائج والاستنتاجات التي استوتْ لي من دراسة ٨١ مريضاً كنتُ أعالجهم (Beck, 1963)، والتي ثبتت لدى دراسة عينة لاحقة تتكون من مئة آخرين من مرضاي (Beck, 1970 c). وقد وجدت أيضاً أثناء المقابلات التشخيصية لمرضى العيادة أن نواب الطب النفسي قد حصلوا على مادةٍ تدعم تلك الصياغات. كما وجدتُ تدعيماً لها أيضاً في عددٍ من الاستقصاءات الضابطة قامت بها مجموعتي البحثية (Beck, 1961; Loeb, Beck, and Diggory, 1971) وفي ملاحظات ودراسات مستقلة قام بها ممارسون وباحثون آخرون (Ellis, 1962; Velten, 1967).

وعلى أساسٍ من الملاحظات الاكلينيكية والدراسات المنهجية أمكنني أن أميز بين الاضطرابات العصابية الشائعة بحسب الفروق في محتوى الفكر. وفيما يلي جدول يوضح هذه الفروق :

جدول (١)

محتوى الفكر فى الاضطرابات العصابية

الاضطراب	المحتوى الفكرى الخاص
* الاكتئاب	انتقاص من النطاق الشخصى
* الهوس الخفيف	تقدير مبالغ فيه للنطاق الشخصى
* عصاب القلق	خطر يهدد النطاق الشخصى
* الرهاب	خطر مرتبط بمواقف محددة يمكن تجنبها
* حالات البارانويا	تَعَدٍّ غير جائز على النطاق الشخصى
* الهستريا	تصور اضطراب حركى أو حسى
* الوسواس	تحذير أو شك
* الطقوس القهرية	أمر ذاتى بتأدية فعل محدد لدفع خطر

الاكتئـــاب

يرتكز المحتوى الفكرى لمرضى الاكتئاب على فكرة الفقد. . على وقوع فقدان كبير. فيحس المريض منهم أنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع من أى مشروع هام نتائج سلبية، ويرى نفسه مفتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهدافٍ ذات شأن. وبإمكاننا أن نصوغ هذه التيمة فيما يُسمى « الثلاثى المعرفى The cognitive triad » : تصور سلبى للذات، تفسير سلبى لخبرات الحياة، نظرة عدمية للمستقبل.

يؤدى الإحساس بالفقد النهائى وتؤدى التوقعات السلبية إلى الانفعالات المميزة للاكتئاب : الحزن، والإحباط، والتبلد. فضلاً عن أن الاكتئابى حين يقوَى فيه الاحساسُ بالتورط فى موقفٍ بغيضٍ ومشاكل عصية تتبددُ دافعيتُه التلقائيةُ البنّاءة. وربما غلبه ميلٌ قاهرٌ إلى الهرب من هذه الحالة غير المحتملة عن طريق الانتحار.

الهوس الخفيف

محتوى الفكر عند مريض الهوس والهوس الخفيف هو نقيض محتواه عند الاكتئابى. فهو يرى فى كل خبرة من خبرات حياته مكسباً كبيراً، ويسبغ على خبراته قيماً إيجابيةً دون تمييز، ويتوقع من مساعيه وجهوده نتائجَ مواتية دون سندٍ من الواقع، ويبالغ فى تقدير قدراته. وتؤدى هذه التقديرات الإيجابية إلى مشاعر الانشراح euphoria. كما أن الفيض المتلاحق للتقييمات الذاتية المتضخمة والتوقعات المفرطة التفاؤل تشحنه وتحمسه وتدفع به فى نشاطٍ مستمر.

عصاب القلق

يسيطر على تفكير مريض القلق تيماتٌ مفادها وجود خطرٍ يتهدد نطاقه الشخصى. فهو يتوقع أحداثاً مؤذيةً له أو لأسرته أو لممتلكاته أو لمركزه ومكانته وغيرها من القيم المعنوية التى يقدرها. وإذا كان مريض الرهاب يحس بقلقٍ فى مواقف يمكن تجنبها فإن مريض عصاب القلق يحس الخطر فى مواقف لا يملك تجنبها. فهل بوسع الخائف دَوْماً من مرضٍ خطير أو قاتل سوى أن يفسر أى عرض فسيولوجى غير معتاد كعلامة على هذا المرض؟ إن ضيق التنفس عنده دليلٌ على إصابته بنوبة قلبية، وأى إسهال أو إمساك أو ألم غامض دليل على إصابته بالسرطان. وكثيراً ما يشملُ بمخاوفه المؤثرات الخارجيةَ، فيفسر أىَّ صوتٍ مفاجئ كنذيرٍ بكارثة، وتثير أىُّ ضوضاء عارضة بالمنزل مخاوفَه من لصوص يقتحمونه، وتثير فرقعةُ محرك السيارة (لاشتعال الوقود قبل الأوان) احتمالَ كونها طلقات رصاص، ويثير صياحُ أحد الصغار تصورات عنفٍ جسدى.

وكثير من مرضى القلق يتركز خوفهم على الأذى النفسى بالدرجة الأساس. فيكون الهاجس الغالب على أحدهم هو أن الآخرين والغرباء بل وأصدقاءه سوف يرفضونه ويهينونه ويحقرونه. وصفوة القول أن توقعات الأذى البدنى والنفسى ترتبط بالقلق وتوثق به بحيث تثيره كلما ثارت وتبعثه أينما وجدت.

الرهـــاب

فى حالة اضطرابات الرهاب يكون توقع المريض للأذى الجسمى والنفسى مقصوراً على

مواقف محددة. فإذا أمكنه تجنبها لم يَعُدْ لديه شعورٌ بالخطر وربما أحس بالأمن والطمأنينة. أما إذا اضطرته الظروف إلى الدخول في هذه المواقف أو حَمَلَ نفسَه على دخولها عَسَى أن ينغلب على مشكلته، فإنه يعانى نفس الأعراض الذاتية والفسيولوجية الخاصة بمريض القلق العصابى.

وكما هو الحال فى الاضطرابات النفسية السابقة، فإن الاستجابة المعرفية للموقف المثير عند مريض الرهاب قد يعبر عنها فى صورةٍ لفظية خالصة أو فى صورة تخيلات. فهذه امرأةٌ مصابة برهاب المرتفعات تغامر بالصعود إلى الطابق العشرين من أحد المبانى، فتتملكها خيالاتٌ بصرية وتظن أن الأرض تميد بها وأنها تنزلق تجاه النافذة وأنها تسقط منها، وتحس قلقاً شديداً كما لو كانت خيالاتُها واقعيةً خارجية حقيقية.

يتأسس الخوف من مواقف محددة على تصورٍ مغالى فيه من جانب المريض. وهو تصور يصبغ هذه المواقف بصبغة الخطر. فالمصاب برهاب الأنفاق يخشى أن النفق سينهار عليه وأنه سيختنق أو يصاب بمرضٍ حاد يهدد حياته ولن يجد أحداً ينقذه. والمصاب برهاب المرتفعات يستجيب لها استجابة الخوف من احتمال أن يسقط منها أو احتمال أن ينهار المبنى أو احتمال أن يقذف نفسه باندفاعةٍ لا إرادية.

حالات البارانويا

دَأْبُ مريض البارانويا أن يفترض أن الآخرين يتعمدون الإساءة إليه والتدخل فى شئونه وتعويق أهدافه. وإذا كان الاكتئابى أيضاً يتوهم أنه مهانٌ مرفوض من الآخرين فإنما يشعر بذلك عن قناعة منه بأنه يستحق الإهانة ويستأهل الرفض. أما البارانوى فتشغله، على العكس، فكرةُ الظلم الواقع عليه. إن التيمة الرئيسية في تفكيره هي «أنا على صواب.. هو على خطأ» بينما القيمة الرئيسية عند الاكتئابى هى «أنا على خطأ.. هو على صواب». البارانوى إذن لا يعانى من نقص اعتبار الذات self- esteem الذى يعانى منه الاكتئابى، فهو مهمومٌ بالاعتداء الظالم على نطاقه الشخصى وليس بخسائر حقيقية لحقت بهذا النطاق.

ويمكننا أن نلخص الفروق بين عصاب القلق والاكتئاب العصابى وحالات البارانويا بأن مريض القلق يركز على احتمال وقوع هجومٍ على نطاقه الشخصى، بينما يركز البارانوى على الظلم والإجحاف والدوافع الخبيثة من وراء هجوم مفترض أو انتهاك مزعوم لحدوده. أما

مريض الاكتئاب فتركيزه منصب على الفقدان المفترض والذى يعزوه إلى عجزٍ فيه وقصورٍ خاص به.

الوساوس والطقوس القهرية

يتعلق محتوى الوساوس بصفة عامة بخطرٍ ما بعيدٍ يظهر فى هيئة شك أو حيطة. فمريض الوسواس قد يبقى فى شك مما إذا كان قد أدى عملاً ما ضرورياً لتأمين سلامته (أطفأ فرن الغاز على سبيل المثال)، أو أنه سيتمكن من أداء عملٍ ما كما ينبغى. إن أفكاره تختلف عن أفكار مريض القلق فى أنها تنصب على عملٍ من الأعمال يعتقد أنه كان يجب أن يفعله (إطفاء الفرن فى المثال السابق) أو عمل يعتقد أنه كان يجب ألا يفعله (مثل ذلك المريض الذى يؤرقه احتمال إصابته بسرطان الدم لأنه لمس ثوب أحد المصابين).

أما الطقوس القهرية فتتألف من محاولات تهدئة الشكوك والوساوس عن طريق الفعل. مثال ذلك غسيل اليد القهرى فهو قائم على اعتقاد المريض أنه لم يُزِلْ كل القذر والأوساخ من بعض أجزاء جسمه، وهو مما يعرضه لخطر المرض الجسمى أو يجعل رائحته كريهة. وكثيراً ما نعاين الثالوث المتلازم: رهاب - وسواس - طقس قهرى، كما فى حالة ذلك المريض الذى كان يخشى الإصابة بالإشعاع فيتجنب (رهاب) كل الأشياء التى قد تصدر إشعاعاً مثل الساعات ذات الميناء المشع وأجهزة التليفزيون، وحين تضطره الظروف إلى لمس شئ منها يظل يراوده احتمال التلوث (وسواس)، مما يحمله على أخذ حمامات متكررة طويلة كى يزيل المادة المشعة التى يتوهمها (طقس قهرى).

الاستجابات الهستيرية

فى حالة الهستريا يعتقد المريض أن به اضطراباً جسمياً. وحيث أن المرض الذى يتخيله غير قاتل فهو يميل إلى قبوله دون قلقٍ كبير. والهستيريون أصحاب خيال حسى sensory imagers بالدرجة الأولى، بمعنى أنهم يتخيلون مرضاً معيناً ثم يتخذون من الخبرة الحسية دليلاً على وجوده عندهم. فمريض الهستريا فى صورتها النموذجية تتلبسه خبرات حسية وحركية شاذة تطابق الصورة المغلوطة التى يحملها فى ذهنه عن المرض العضوى.

الذهـــان

رغم أن الموضوع المعقد للذهان خارج عن نطاق بحثنا، فقد يكون من المفيد في هذا المقام أن نقارن المحتوى الفكرى للذهانات بالمحتوى الفكرى للعُصابات. إن التيمات الفكرية للاكتئاب الذهانى تماثل نظائرها في الاكتئاب العصابي، والمحتوى الفكرى فى الفصام البارانوى يشبه ضريبَهُ فى حالات البارانويا. كذلك الأمر بين استجابة الهوس والهوس الخفيف. غير أن المحتوى الفكرى فى الذهان أكثر غرابة وشذوذاً وإغراقاً مما هو فى العصاب. فإذا كان الاكتئابى العصابى يرى نفسه غير كفء اجتماعياً، فإن الاكتئابى الذهانى قد يصل به الغلو والإسراف إلى الاعتقاد بأنه يبعث روائح مقززة تنفّر عنه الناس.

فالذهانات بصفة عامة تتضمن اختلالاً معرفياً أبرز وأوضح مما هو فى العصاب، والمحتوى الفكرى الملازم لها أشد حدة وأعصى على التعديل والتصحيح. والذهانى أقل قدرةً بكثير على الرؤية الموضوعية لأفكاره الخاطئة وأبعد عن المنطقية والواقعية فى تفكيره.

طبيعة اضطرابات التفكير

جرت العادة على أن يُعتبر اضطرابُ التفكير في غياب مرض عضوى مَلْمَحاً من ملامح الفصام، بينما تُعتبر اضطراباتُ الاكتئاب والهوس والقلق بمظاهرها الانفعالية الصارخة اضطراباتٍ وجدانيةً أو انفعاليةً فى صميمها. غير أن بحوزتنا الآن أدلةً دامغة على أن اضطرابَ الفكرِ مكونٌ هام من مكونات الأمراض النفسية الشائعة. ثمة اضطرابٌ ما فى التفكير فى جميع هذه الأمراض وإن يكن أقل حجماً وأكثر تحدداً وانحصاراً مما هو فى مرض الفصام.

لقد وجْدتُ فى دراسةٍ طويلة الأمد (Beck, 1963) أنه ما من مريضٍ من المرضى إلا ويسئ تفسير أنواع معينة من الخبرات. وقد تفاوتَ هذا التحريف للواقع من الخطأ الطفيف فى الحالات العصابية الخفيفة، إلى التحريفات المغرقة الشاذة والضلالات المعهودة فى الذهانيين. لقد أظهر التفكير الشاذ للمرضى خروجاً منظماً عن الواقع والمنطق يتضمن «الاستدلالات

الاعتسافية » arbitrary inferences، « والتجريدات الانتقائية » selective abstractions، و« التعميمات المفْرِطة » overgeneralisations. وكانت التحريفات دائماً متصلةً بالأفكار التى تمس المشكلة الخاصة بالمريض. فكانت تحريفات الاكتئابى تبرز للعيان عندما يفكر فى قيمته وجدواه، وتحريفات مريض القلق عندما يتناول فكرة الخطر.

كان لهذه الأفكار المحرفة خصائص الأفكار الأوتوماتيكية (انظر الفصل الثانى). فقد كانت تبدو كأنها تأتى بطريق الانعكاس، من دون أى تأمل أو استدلال مسبق. وكانت تبدو للمريض معقولةً رغم أنها بالنسبة للآخرين بعيدة الاحتمال لا يقبلها عقل. وكانت، أخيراً، أقل قبولاً للتغيير فى ضوء العقل والأدلة المناقضة من الأفكار الأخرى التى لا تتصل بالنمط السيكوباثولوجى المميز للمريض. كما لاحظتُ تدرجاً فى عطب التفكير يمتد بين طرفى العصاب الخفيف والذهان الشديد، وأن المرض الواحد كلما اشتد تزايدت فيه درجة التحريف الفكرى ومعدل توارد الأفكار المحرفة ومدى رسوخها وثباتها.

الشخصنة personalization

الإنسان كائن متمركز على ذاته egocentric. وقد أثار هذا التمركز المحتوم على الذات اهتمامَ الكتّاب والفلاسفة ردحاً طويلاً من الزمن. يبدو أن لكل إنسان، بمعنى ما، عالماً خاصاً، وأن كل إنسان هو مركز عالمه الخاص ومحوره. وقد وصف هيدجر Hidegger (١٩٢٧) وغيره كيف يشيد كل فرد من البشر عالمه الخاص. غير أن هذا لا ينفى أن لدى البشر بصفة عامة قدرةً على أن يقيموا أحكاماً موضوعيةً عن الأحداث الخارجية، أو حتى عن أنفسهم. وأن يفصلوا بين المعنى الشخصى لحدثٍ ما وبين سماته الموضوعية. أى أنهم قادرون على إقامة أحكامٍ على مستويين مختلفين: مستوى يتصل بهم (أو بنطاقهم) وآخر منفصل عنهم. أما فى الاضطرابات النفسية فنجد أن الأحكام المتمركزة على الذات تسيطر على المريض وربما أطاحت بالأحكام الموضوعية وأزاحتها تماماً. يُطلق على هذه النزعة إلى تفسير الأحداث وفق معانيها الشخصية تسميات مثل الشخصنة personalization، والإحالة الذاتية self - reference.

وخير إيضاح لعملية الشخصنة أو الإحالة الذاتية هو أن ننظر فى بضعة أمثلة بلغت فيها هذه العملية غايتها من الغلو والإغراق، ولا سيما عند من نسميهم الذهانيين. مثل ذلك الفصامى البارانوى paranoid schizophrenic الذى كان يعتقد أن الصور التى يراها على

شاشة التلفاز تتحدث إليه مباشرة ومن ثم فقد كان يرد عليها. ومثل ذلك الاكتئابى الذهانى الذى سمع بوجود وباءٍ فى بلدٍ بعيد فكان يؤنب نفسه على التسبب فيه. ومثل تلك المرأة الهوسية manic التى كانت تعتقد أن كل شخص تعبر به فى الطريق كان واقعاً فى حبها. من ذلك نرى أن المرضى الذهانيين يفسرون دائماً كل حدث لا يتصل بهم من قريب أو بعيد كما لو كان متسبباً عنهم أو موجهاً ضدهم.

للعصابيين أيضاً أساليب من الإحالة الذاتية وإن تكن أقل تطرفاً. فالعصابيون يرون الأحداث دائماً تخصهم وتعنيهم، ويبالغون فى ربطها بذواتهم، وتستغرقهم المعانى الشخصية لوقائع معينة. كشان ذلك الاكتئابى العصابى الذى يلحظ عبوساً فى وجه شخصٍ آخر فيحدث نفسه: «إنه ينفر منى». من الجائز فى هذه الحالة أن يكون حكمه صحيحاً، ولكن الخطأ هنا قابع فى اعتقاده أن كل تقطيبةٍ يراها فى غيره من الناس تمثل نفوراً منه شخصياً. إنه يظن أنه يثير مشاعر سلبية فى الآخرين ويبالغ فى تقدير معدل هذه المشاعر ودرجتها. ومن أمثلة الإحالة الذاتية فى العصاب حالة تلك الأم الاكتئابية التى تؤنب نفسها على كل تقصير يأتى من جانب أطفالها. وحالة ذلك المريض بالقلق العصابى الذى يحسب كل صيحةٍ عليه وكل إنذار خطرٍ يخصه، فيكفى أن تعبر سيارة إسعاف لكى يحدث نفسه بأن ولده وقع له حادث.

هناك صورة أخرى من صور الشخصنة تتمثل فى ذلك الميل المسيطر عند الإنسان إلى مقارنة نفسه بغيره من الناس. فهذه امرأة تشاهد لوحةَ إعلانات تمثل امرأةً سعيدةً مع طفلها، فتحدث نفسها: «إنها أم أكثر منى إخلاصاً وتكريساً بكثير». وهذا طالب يسمع بفوز طالب آخر بجائزة فيفكر: «لابد أننى غبى وإلا كنتُ فزتُ بالجائزة». وهذا المريض الرهابى الصغير الذى يقرأ عن شخصٍ مُسِنٍ أصيبَ بنوبة قلبية فيقول لنفسه: «إذا كان هذا أُصيب بنوبة قلبية فمن الممكن أن تحدث لى» ثم يبدأ فى الإحساس بألم فى صدره.

فى كل وجه من أوجه التفكير الشاذ عند العصابيين قد نجد هذا اللون الذاتى الأساسى. وسوف نعرض فى الفصل العاشر لعملية «فض المركزية» decentering ويعنى تدريب الفرد على اتخاذ إطار مرجعى frame of reference لا يكون هو محوراً له.

التفكير المستقطب polarized thinking

ينزع العصابى إلى التطرف والشطط فى التفكير حين تكتنفه مواقف تمس الجوانب

الحساسة من نفسه، مثل تقديره لذاته فى حالة الاكتئاب، واحتمالات الخطر الشخصى فى حالة عصاب القلق. وقد يقتصر الشطط الفكرى على مناطق قليلة. ويعنى الشطط thinking in extremes أن نَسِمَ الأحداث والوقائع بأنها بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة، رائعة أو فظيعة. وقد أُطلق على هذه الخاصة اسم «التفكير المنقسم» dichotomous thinking أو «التفكير ثنائى القطبية» bipolar thinking (Neuringer, 1961). شأن المقدمات الأساسية التحتية لهذا النوع من التفكير أن تُصاغَ فى حدودٍ مطلقة مثل «دائماً» أو «مطلقاً».

ولنضرب لذلك مثالاً من الحياة اليومية. وهو ذلك الشاب الذى كان موثَقاً عند مفهوم القبول المطلق والرفض المطلق. لقد دأب أن يتفحص كل من يصادفه فى حياته اليومية - موظفاً فى متجرٍ أو عابراً بالطريق - ليرى ما إذا كان هذا الشخص يتقبله أو يرفضه. ولم يكن بوسعه أن يعدِّل حكمه ويحوِّره ليشمل الدرجات الدقيقة مثل القبول البسيط أو الرفض الطفيف أو الحياد. فقد كان الحياد (أو عدم الاكتراث) يمثل له رفضاً ويورثه حزناً. وكان مجرد الابتسام يمثل له قبولاً تاماً ويبعث فيه الانشراح.

ولنأخذ مثالاً آخر لهذا الصنف من التفكير. وهو ذلك الشاب الجامعى حين يلعب كرة السلة. فإذا ما سجل أقل من ثمانى نقاط فى إحدى المباريات فكان يقول لنفسه: «إننى فاشل» ويغشاه الحزن. أما إذا سجل ثمانى نقاط أو أكثر فيقول: «إننى حقاً لاعبٌ عظيم» ويغمره الانتعاش والبهجة.

وأحياناً ما يكون الشطط الفكرى أحادى القطب unipolar. فيرى الشخصُ الوقائعَ على سبيل المثال إما غايةً فى السوء أو محايدةً أو لا تعنيه من قريب أو بعيد. من ذلك تلك الخاصة الفكرية التى تسمى «التفكير الكارثى» أو «التهويل» catastrophizingوهى شائعه فى مرضى القلق وتعنى توقع أسوأ النتائج قاطبة، إن تفكير مريض القلق موجه نحو تأمل أسوأ النتائج المحتملة لأى موقف من المواقف. شأنَ ذلك المريض الذى تلقى خدشاً بذراعه فانكب من فوره على احتمال أن يؤدى ذلك إلى عدوى قاتلة.

وقد يقتصر ميلُ الإنسان للشطط الفكرى على الأشياء المادية الملموسة. كشأن ذلك الرجل الذى كان ينزعج لأقل ضررٍ يلحق بممتلكاته المادية، بحيث إن أقلَّ خدشٍ فى أثاثه أو انبعاجة فى سيارته أو تآكلٍ بملابسه كان يمثل له خسارةً كبرى. حدث ذات يوم أن كتلةَ لهبٍ أكبرَ من المعتاد قد سفعت حاجز مدفأته. فلما اكتشف ذلك أقام الدنيا وأقعدها وكانت أفكاره كالتالى: «هذا تشوهٌ مستديمٌ يستحيل إصلاحه. لقد أفسدَ الغرفةَ بأكملها. الغرفةَ التى كانت

على خير ما يُرام وهى الآن حطام. إن حماقتى وغبائى هما السبب. إننى لا أجيد عمل أى شئ على الإطلاق». ولكنه بمرور الأيام بدأ ينظر إلى الأمر نظرةً أكثر موضوعية ليرى أن العطب الذى لحق بمدفأته كان فى الحقيقة عطباً هيناً غير ذى بال.

من شأن الأشخاص الذين يغضبون لكل مؤثر مؤذٍ يصادفهم أن يقعوا أيضاً فى الشطط الفكرى والأحكام المغالية. مثل ذلك الوالد الذى أضاع ابنُه قفازاً فكانت استجابته هكذا: «هذا شئٌ فظيع. لسوف تخرب بيتنا وتنتهى بنا إلى الملجأ. إنك لا تصلح لشئ».

هناك ضروب أخرى من التفكير المؤدى إلى تحريف الواقع وإساءة تفسيره. وهى تنضوى أيضاً تحت مفهوم الشطط وتطرف الحكم (Beck, 1963). منها «التجريد الانتقائى» وهو أن ينتزع الشخصُ إحدى التفصيلات من سياقها فتفوته بذلك دلالة الموقف الكلى. ومنها «الاستدلال الاعتسافى» arbitrary inference وهو أن يقفز الشخص إلى نتيجة معينة رغم نقص الأدلة أو فى وجود أدلة مناقضة لها فى واقع الأمر. ومنها «التعميم المفْرِط أو الزائد» overgeneralization وهو أن يقفز إلى تعميمٍ غير مشروع (منطقياً) بناءً على واقعة فردة. مثل ذلك الطفل الذى يخطئ خطأً واحداً فيستنتج أنه فاشل لا خير فيه. توضح هذه الأمثلة كيف يتولد التفكير الزائغ فى المواقف التى تمس حساسياتٍ معينةً مثل: القبول ـ الرفض، النجاح ـ الفشل، الصحة ـ المرض، المكسب ـ الخسارة.

مبدأ القواعد

رأينا فى الفصل الثانى أن لدى الفرد قواعدَ يحل وفقاً لها رموزَ خبراته ويقيمُها وينظم سلوكه وسلوك الآخرين. تعمل هذه القواعدُ عملَها دون أن يعى المرءُ بها أو يُلِمَّ بقائمتها إلماماً واعياً. إنه يلتفت إلى تيار المؤثرات التى تكتنفه التفاتاً انتقائياً فيلتقط منها ما يعنيه ويجمعه ويصنّفه ويشكل استجاباته دون أن يقف على منطوق القواعد والمفاهيم التى تُملى هذه الاستجابات والتفسيرات. إن عملَ جهاز «المُدْخَل ـ المخْرَج» input - output لديه هو عملٌ تقريبى بعيد عن الكمال.

لا جَرَمَ تبرزُ مشكلاتٌ فى فهم المرء لسلوك الآخرين. إن محدودية خبرته السابقة

وقصورها قد يحملانه على أن يستنبط من سلوكهم معانيَ غير صحيحة: مواقفهم المضمرة تجاهه، ونواياهم الحالية وسلوكهم المحتمل تجاهه فى المستقبل.

تَطَرَّقْنا فى مثالٍ سابق (الفصل الثانى) لحالة طالب يصحح له المعلمُ خطأً فيظل يسائل نفسه: «هل هذه إيماءةٌ ودودة؟ أو هى تعنى أننى أزعجتُ المعلم؟ هل تعنى أنه يعتبرنى بليداً؟ أو ربما يقسو علىَّ فى الدرجات؟». إذا نظرنا إلى هذا المدى العريض للاستدلالات المحتملة من تفاعلٍ واحد زايلنا العجبُ من حساسية كثير من الطلبة تجاه تعليقات المعلمين.

أحيانا ما يقرأ أحد الطلبة فى تعليق معلمه جفاءً يفوق ما يقصده المعلم. إن بوسعه أن يسترد توازنه النفسى إذا كانت هذه المبالغات والتحريفات فى التفاعل طفيفةً عابرة. ولكن دعنا ننظر حالةَ طالبٍ ذكى تحمله حساسيتُه الخاصةُ على أن يعتبر أى نقد يوجَّهُ إليه بمثابة تسفيه وانتقاص. إن تراكم النقد يجعله عرضة بشكل متزايد لأن يسمى كل ملاحظة أو اقتراح من معلمه تسفيها وانتقاصاً. فلو لم يتغير الحال بموقفٍ إيجابى واضح من جانب المعلم فإنه ينتهى به إلى أن يُحَمِّلَ الامر ما لا يحتمله. ويبدأ فى تصور أى رسالة محايدة أو إيجابية بعض الشئ على أنها ازدراءٌ. ثم يتوسع فى التعميم ليشمل كل المعلمين فيرى أنهم جميعاً انتقاديون وأنه غبى بليد. ويتقدم بناءً على هذه الأدلة ليخلصَ إلى نتيجةٍ مفادها أنه متخلف تخلفاً تاماً لا شفاء منه ولا أمل فيه. ولنتصور هذا الطالب أيضاً عائداً إلى حجرته يجتر هذه الاتهامات والخطايا إلى حد أنه لا يعود قادراً على التركيز فى عمله. فيتدهور أداؤه فى الفصل. فيفسر هذا التدهور وهذا التشتت كدليلٍ على تخلفه. إن أضفنا الآن هذا الكرب المحتوم - حزناً مثلاً ممتزجاً بالقلق - فنحن أمام إرهاصات مرضٍ نفسى. إذ لو استمرت هذه الحالةُ أياماً عديدةً أو أسابيع ستغدو حالة اكتئاب.

نستطيع الآن أن نحلل هذه الحالة وفق قائمة القواعد الخاصة بهذا الطالب. فهو يطبق فى كل تفاعل مدرسىٍّ قواعدَ تتعلق بتقييمات المعلم. إنه يستخدم القواعد الآتية: «إن أى نقد من المعلم يعنى أنه يعتبرنى غبياً»، «وحين يعتبرنى أحد الخبراء غبياً فأنا غبى»، «ومادمتُ غبياً فلن أصل إلى شئ». عندئذٍ يطبق على أدائه المتدنى هذه الصيغة: «إن عدم كفاءتى دليل على أنى غبى». بل إن لديه قاعدة بشأن الكرب الناتج: «مادمتُ حزيناً فهذا يعنى أن حالى لن ينصلح». إنه كما نرى يطبق سلسلةً من العمليات المنطقية كل نتيجة فيها تشكل مقدمةً للنتيجة التالية.

لكل اضطراب من الاضطرابات النفسية التى سبق شرحها منظومتها الخاصة من القواعد.

ففي عصاب القلق تتعلق القواعد بمفهوم الخطر وبتقدير المريض لمدى قدرته على مغالبته. وتتخذ النتائج المستمدة من تطبيق القواعد شكل تنبؤات من قبيل: «إنني في خطر وشيك أن أفقد أغلى حيثياتي (الصحة، الحياة، صديقاً، وظيفة) ». «ليس لديّ من وسيلة لدفع هذا الخطر». وتطبق القواعد الخاصة المؤدية إلى هذه النتائج على وقائع محددة: «إن سرعة ضربات قلبي تعني أن عندي نوبة قلبية، وربما أموت قبل أن يسعفني أحد». «إذا ابتعدتُ عن المنزل فقد تقع مآسٍ ولن أتمكن من التغلب عليها». «إذا فعلتُ أي خطأ فربما أصطدم برئيسي، عندئذٍ سوف يفصلني».

في حالة القلق نجد أن القواعد بصفة عامة مشروطة: «إذا وقع حدثٌ معين فهناك احتمال أن تكون له نتائج سيئة». ومن ثم فحين يقع الحدثُ بالفعل يبقى هناك احتمالٌ لنتيجة حميدة. أما في حالة الاكتئاب فإن القواعد مطلقة وغير مشروطة: «إن نقائصي الحالية تعني أنني سأبقى فاشلاً على الدوام».

والقواعد مشروطة أيضاً في حالة الرهاب. فهي تنطبق على مواقف بإمكان المريض تجنبها: «إذا اجتزتُ خلال نفق فقد أختنق». «إذا ذهبتُ إلى مكانٍ لا أعرفه فقد أتوه». في هذه الحالات يعمل المريض أيضاً حسب قاعدة «لن أستطيع أن أتغلب على الموقف بنفسي». وكما هو الأمر في حالة القلق فإن هذه القواعد تفترض احتمالاً كبيراً لحدوث الكارثة، إلا أن المريض كثيراً ما يعزز وضعه بهذا الافتراض: «إذا كان معي شخصٌ مساعد فسوف يمكنه إنقاذي». ولهذا نجد كثيراً من مرضى الرهاب قادرين على الدخول في الموقف المخيف إذا توافر لديهم شخصٌ مساعد.

أما في حالة الاكتئاب فإن منطوق القواعد يستمد معاني وتنبؤات سلبية من ظرفٍ حاضر أو ماض. ليس في هذه القواعد بندٌ استثنائي أو بابٌ للهرب كما هو الحال في القلق والرهاب. ومن أمثلة هذه القواعد: «كَوني غيرَ ناجح في عملي يعني أنني فاشلٌ تماماً». «ما دمت حزيناً الآن فسوف أكون حزيناً دائماً». «عندما تحدث أي مشكلة أكون أنا السبب». «حين أفقد حب زوجتي فهذا يعني أنني تافه لا قيمة لي». «حين لا أحظى بالإعجاب فهذا يعني أنني بغيض غير جدير بالحب».

وفي حالات الهوس يكون مضمون الافتراضات على النقيض مما هو في الاكتئاب. وتصاغ القواعد بطريقة من شأنها أن تبالغ في أي كسبٍ حاصلٍ وأن تعلي من قيمة الذات: «ما يكاد الناس ينظرون إليّ حتى يعجبوا بي». إذا أُسنِد إليّ عملٌ ما فسوف أقوم به على نحوٍ رائع». «كل نجاح أحققه يثبت مرةً ثانية كم أنا عظيم».

وفى حالات البارانويا يغلب أن تكون القواعدُ مطلقةً وغير مشروطة. فمحتوى القواعد ينضح بالمؤامرات والظلم والإجحاف والمحاباة: «حين لا يتفق الناس معى فى الرأى فإنهم يتعمدون مناوأتى». «حين لا أحصل على ما أريد فإن هذا يعنى أن شخصاً ما كان يكيد لى». «حين لا تسير أمورى على نحو صحيح، فبسبب تدخل الآخرين فيها».

حين نسائل مريضاً ما حول أفكاره فهو فى عامة الأحوال لا يتطوع بتقديم القاعدة التى تشكل تفسيراته للأحداث، بل يذكر بدلاً من ذلك النتيجةَ التى انتهى إليها. فمريض القلق مثلاً يقول: «ربما أكون مشرفاً على الموت». ومريض الاكتئاب يقول: «لقد فقدتُ كل شئ يهمنى، إننى تافه لا أساوى شيئاً». ومريض الهوس يقول: «إننى الأعظم»، ومريض البارانويا يقول: «كل الناس ضدى».

إن علينا أن نرتد من النتيجة لكى نستخلص القاعدة (الفرض، المقدمة). صحيح أن بإمكان المريض فى بعض الأحيان أن يأتى بمنطوق القاعدة دون صعوبة. شأن تلك الاكتئابية المشرفة على الانتحار بعد أن هجرها حبيبها، والتى قالت «إننى عديمة القيمة» فحين سئلت عن السبب أجابت (كما لو كان هذا حقيقة عامة): «إذا لم يحبنى أحد فأنا عديمة القيمة». إلا أن الأغلب الأعم أن يستلزم استخلاصُ القاعدة سلسلةً من الأسئلة:

- مريض القلق: «أعتقد أننى أحتضر»

* المعالج: «ما الذى يجعلك تظن ذلك؟»

- المريض: «إن قلبى يدق بقوة، الأشياء تبدو غائمة، لا يمكننى أن آخذ نفَسى، كل جسمى يعرق»

* المعالج: «ولماذا تعتبر ذلك احتضاراً؟»

- المريض: «لأن هذا يشبه الاحتضار»

* المعالج: «كيف عرفتَ ذلك؟»

- المريض (بعد شئ من التفكير): «أظننى أجهل ذلك. ولكنى أعتقد أن هذه هى علامات الاحتضار»

إن قاعدة هذا المريض (المقدمة premise) هى أن اجتماع هذه الأعراض يساوى الموت الوشيك. غير أن الحقيقة هى أن هذه العلامات (الخفقان، صعوبة تركيز البصر، ضيق

التنفس) هي من العلامات النموذجية لنوبة القلق الحاد (قد تشير هذه العلامات بالطبع إلى خطر حقيقي على الحياة لو كانت مصحوبةً بعلاماتٍ مؤكدة لمرض عضوى). بذلك يدخل كلٌ من فكر المريض وانفعال القلق فى حلقة خبيثة: فأفكار الموت تؤدى إلى زيادة القلق متمثلاً فى الأعراض الفسيولوجية. وهذه الأعراض بدورها تُفَسَّرُ كعلامات للموت الوشيك.

كيف تتضخم هذه القواعد لتكوّن اضطراباً انفعالياً؟

ما دامت هذه القواعد تُصاغ فى ألفاظ متطرفة فهى تؤدى إلى نتيجة متطرفة. إنها تُطبق كما لو كانت فى قياس منطقى syllogism:

المقدمة الكبرى: إذا لم يحبنى أحد فأنا تافهة

الحالة الخاصة(*): ريموند لا يحبنى

النتيجة: أنا تافهة

إن المريض بطبيعة الحال لا يدلى بسلسلة من الأفكار على شكل قياس منطقى. فالمقدمة الكبرى (القاعدة) هى جزء بالفعل من نظامه المعرفى يطبقه على الظروف الماثلة. والمقدمة الصغرى (الموقف الخاص) قد ترد بباله أو لا ترد. أما النتيجة فهو بالتأكيد على دراية بها ووعى صريح.

بوسعنا أن نحلل اضطراب التفكير المميز للاضطراب النفسى وفق عملية القواعد. إن الانحرافات الفكرية المميزة مثل المبالغة، والتعميم المفرط، والإطلاق absoluteness مدمجة فى بنية القاعدة وبالتالى فهى تفعل فعلها فى الضغط على الشخص لكى يضع نتيجة مبالغة أو مفرطة التعميم أو مطلقة (فى الحالات السوية هناك بالطبع قواعد أكثر مرونةً تخفف من حدة القواعد المتطرفة التى تطغى فى حالات الاضطراب). حين ينشغل المريض بموضوع يتعلق بنقاط حساسيته الخاصة فإن القواعد الأكثر بدائية تميل إلى إزاحة المفاهيم الأكثر نضجاً. وما ان يُسَلِّم المريض بصحة إحدى النتائج المتطرفة حتى يكون نَهْباً للقواعد البدائية التى تتوسع باطِّراد وتبسط سلطانها على فكره.

إذا استسلم المريض مثلاً لهذه الفكرة «مادام أصدقائى لم يتصلوا بى اليوم، فإنهم يعتبروننى تافها غير جدير بالحب» فقد ينجرف إلى قبول هذه النتيجة كمقدمة لنتيجة أخرى أبعد مدى: «بما أنى تافه فلا أحد سوف يحبنى أبداً». وهذه المقدمة تهيئ المسرح للنتيجة التالية: «بدون حب لا تستحق الحياة أن تُعاش، إذن لا معنى لأن أبقى على قيد الحياة».

(*) أى المقدمة الصغرى minor premise..

الفصل الخامس

مفارقات الاكتئاب

« يرقد صاحياً ، يَحْسِب المستقبل
يحاول أن يحل خيوط الماضى والآتى
وينشرهما ويفك ألغازهما ويضمهما معاً
بين منتصف الليل والفجر ، حيث الماضى خداعٌ كُلُّه
والمستقبل لا مستقبل له » .

ت . س . إليوت

* هذا أحد العلماء، ما كاد يتولى رئاسة رابطة علمية مرموقة حتى انحدر إلى الكآبة والغم. وأفضى إلى حد أصدقائه أن لديه رغبةً مُلِحَّة أن يهجر مهنته ويصبح من الهيبيين.

* وهذه أمٌّ رءوم كانت دائماً شديدة الحب لأطفالها، فبدأت تهملهم وتخطط جدياً لتدميرهم وتدمير نفسها بعد ذلك.

* وهذا رجل أبيقورى يستطيب لذة الطعام فوق كل لذة. فإذا به ينفر منه ولا يعود يأكل.

* وهذه امرأة ما كادت تسمع بوفاة صديقة قريبة على غير توقع حتى ندَّت عنها أول ابتسامة لها منذ أسابيع طويلة.

كل هذه الأفعال الغريبة التى لا تتسق بحالٍ مع المعهود من سلوك الشخص وقيمه هى تعبيراتٌ مختلفة عن نفس الحالة الباطنة ـ الاكتئاب. فبأى انحرافٍ وزيغ يصدم الاكتئابُ توقعنا ويهزأ بأرسخ أفكارنا عن طبيعة الإنسان وبيولوجيته؟ فإذا بغريزة حفظ الذات وغرائز الأمومة تتبدد. وإذا بالدوافع البيولوجية الأساسية، كالجوع والجنس، تنطفئ. وإذا بالنوم، بَلْسَم الكروب جميعاً، يتعطل ويُعاق. وتتبخر الغرائز الاجتماعية كالتعلق بالآخرين والحب والعاطفة. وينقلب مبدأ اللذة ومبدأ الواقع رأساً على عقب، فلا تصعيد للمتعة ولا تقليص للألم. إن ضحايا هذا المرض العجيب لا يفقدون قدرتهم على الاستمتاع فحسب. بل يَبدون مدفوعين إلى ما يؤذيهم ويزيد معاناتهم. ويبدون عاجزين عن الابتهاج بما يُبهِج أو الغضب مما اعتادوا أن يغضبوا منه.

كان الناس ذات يوم يعزون هذا الداء الغريب إلى شياطين يزعمون أنها تتلبس بالضحية. غير أن مشكلة الاكتئاب ظلت باقية ولم تمدنا أى من النظريات التى قُدِّمَت طوال هذه العصور بحل متماسكٍ لها. وما يزال يرهقنا حتى اليوم هذا الاضطرابُ النفسى الذى يبدو مكذباً لأشد مفاهيمنا عن الطبيعة البشرية ثباتاً واستقراراً. على أننا يمكن أن نقول، رغم ما يبدو فى قولنا من تناقض ظاهرى، إن غرائب الاكتئاب وخصائصه الشاذة قد تمدنا هى ذاتها بمفاتيح لحل لغزه وقرائن لفهم هذه الحالة المرضية الغامضة.

إن الانقلاب التام الذى يعترى سلوك الاكتئابى يبدو لنا فى بداية الأمر كأنه يتحدى كل فهمٍ وتفسير. فشخصيته أثناء الاكتئاب تبدو أقرب لغيره من المكتئبين منها لشخصيته

المعتادة، مشاعر المتعة والبهجة تتبدل بالحزن والتبلد. ينحسر نطاق الرغبة والمشاركة التلقائية ومجالها العريض لتحل محلها أماراتُ السلبية والهروب. دوافع المآكل والجنس تتحول إلى نفورٍ منهما وإشمئزاز. الاندماج فى الأنشطة المعتادة يتحول إلى تجنبٍ وانزواء. وأخيراً، الرغبة فى الحياة والعيش تنطفئ وتحل محلها الرغبةُ فى الفناء والموت.

يمكننا كخطوة أولى فى سبيل فهم الاكتئاب أن ننظم ظواهره المتباينة فى نوعٍ من التسلسل المفهوم. يعطى مختلف الكتّاب الأولوية لواحدٍ من الجوانب التالية: الحزن الشديد، الرغبة فى الإسبات (البيات) wishes to hibernate، رغبات تحطيم الذات، الاضطراب الفسيولوجى.

هل الانفعال المؤلم هو العامل الحفّاز catalytic agent فى مرض الاكتئاب؟ إذا صحّ أن الاكتئاب هو اضطراب وجدانى فى أساسه لأمكن بالضرورة رد بقية أعراضه إلى اضطراب الوجدان وتفسيرها على أساس الحالة الانفعالية. إلا أن الحالة الداخلية المؤلمة لا تبدو فى حد ذاتها سبباً كافياً لإثارة بقية الأعراض الاكتئابية. إن حالات المعاناة الداخلية الأخرى (كالألم الجسمى أو الغثيان أو الدوخة أو قصر النفس أو القلق) قلما تؤدى إلى الأعراض التى تسم الاكتئاب (مثل التخلى عن الغايات الكبرى فى الحياة أو انطفاء مشاعر الحب أو الرغبة فى الموت). فالحق أن الذين يصابون بألم جسمى هم على العكس يقدّرون أكثر من أى وقت مضى تلك الجوانبَ من الحياة التى سبق أن وجدوها ذات معنى وقيمة. زد على ذلك أن حالة الحزن أو الأسى ليس لها من الخصائص ما نتوقع له أن يولّد ما يميز الاكتئاب من تأنيب النفس وتشوهات التفكير وفقد الدافع إلى الاشباعات المختلفة.

وتبرز نفسُ المشكلات حين نحصر الأولوية فى جوانب أخرى من الاكتئاب. فبعض الكتّاب يلفتهم ما بالاكتئاب من سلبية وانزواء فيرون أنه ينشأ من رغبة فى الإسبات hibernation هى نوع من التأسّل أو الردة التطورية atavism(*). ولكن إذا كانت غاية الاكتئاب هى حفظ الطاقة فما الذى يدعو المريض إلى تأنيب ذاته والانخراط فى أنشطة متخبطة مستمرة حين يكون متهيجاً؟ لماذا يسعى إلى تدمير ذاته وهى مصدر الطاقة؟

أما حصر الأولوية فى الأعراض الفسيولوجية كاضطراب النوم والشهية والجنس فلا يخلو من مآخذ ومشكلات. فمن الصعب أن نجد أى تسلسلٍ مفهوم يصل هذه الاضطرابات

(*) هو عادة ظهور الخصائص الوراثية للسلف البعيد بعد اختفائها فى السلف المباشر أو القريب. «المترجم».

الفسيولوجية بظواهر مختلفة عنها كل الاختلاف مثل انتقاد الذات والنظرة السلبية إلى العالم وفقد استجابات الغضب والمرح. إن من الواضح والمؤكد أن نفس الأعراض الفسيولوجية (كفقد الشهية والنوم) حين تنشأ عن مرضٍ جسمي حاد لا تؤدى إلى المكونات الأخرى التى ينفرد بها الاكتئاب.

المفتاح: إحساس الفقدان

كيف يمكن أن نَفرز ظواهر الاكتئاب ونسلكها في تتابع مفهوم؟ أبسط الطرق هو أن نسأل المريض عما يحزنه وأن نشجعه على أن يعبر عن الأفكار التى تلح عليه وتعاوده. يقدم عامةُ الاكتئابيين معلومات أساسية بعبارات تلقائية من قبيل: «إنى حزين لأنى عديم القيمة»، «لم يعد لى مستقبل»، «لقد خسرت كل شئ»، «لقد انتهت أسرتى»، «ليس لى أحد»، «لم يعد لى شئ فى الحَياة». ليس من العسير أن يقف المرءُ على التيمة الرئيسية فى عبارات مرضى الاكتئاب المتوسط أو الشديد؛ إن المريض يرى أنه يفتقر إلى عنصرٍ ما أو صفة يعتبرها ضروريةً لسعادته: القدرة على تحقيق أهدافه، الجاذبية الشخصية، ودّ الأسرة والأصدقاء، الممتلكات المادية، الصحة الجيدة، المكانة، المركز. مثل هذه التقييمات الذاتية تعكس الطريقة التى يدرك بها الاكتئابى وضعه الحياتى.

حين نستكشف تيمة الفقدان loss نجد أن الاضطراب النفسى يدور حول مشكلة معرفية. إن مريض الاكتئاب يُبدى تحريفات فكرية محددة: فلديه نظرة سلبية تجاه عالمه، وتصور سلبى لنفسه، وتقدير سلبى لمستقبله. ذلك هو «الثلاثى المعرفى» cognitive triad.

تتعلق التقييمات المحرفة لدى مريض الاكتئاب بتقلص نطاقه الشخصى وانكماشه وتؤدى إلى الحزن (الفصل الثالث). وتصوره لصفاته وعلاقاته ومنجزاته وكل ما هو موضع تقدير فيه هو تصور مشبعٌ بفكرة الفقدان - فقدان ماضٍ وحاضر ومستقبل. فحين يتأمل وضعه الحالى يجد عالماً قاحلاً مجدباً. ويحس أن المطالب الخارجية ثقيلة الوطأة عليه، تعتصره وتستنفد وسائلَه الهزيلة وتحول بينه وبين تحقيق مراده.

«خاسر» loser .. ليس كمثلها كلمةٌ تحصر كُنْهَ الخبرة التى يجدها المكتئب والتقييم الذى يضعه لنفسه. إنه يتعذب بفكرة الخُسران، خُسران أشياء قيمة، أصدقائه، صحته، ممتلكاته

العزيزة. ويعتبر نفسه أيضاً «خَسْران» بالمعنى العامي للكلمة: كائن تافه أرذل عاجز عن أن يفي بمسئولياته ويحقق أهدافه. إذا اضطلع بمشروعات أو التمس إشباعاً ما - توقع الهزيمة والخيبة. حتى النوم لا يقدم له هدنة ولا مهلة للراحة، فالأحلام المزعجة تطارده وتتعقبه، وهو في الحلم أيضاً أرذلُ تافهٌ فاشل.

حين نتأمل مفهوم الخسران يجب أن نتفطّن للأهمية المحورية للمعاني والمتضمنات. فما يمثل خسارةً موجعةً لشخصٍ ما قد يُعَدُّ لدى شخصٍ آخر شيئاً هيناً لا يؤبه به. لابد أن ندرك إذن أن مريض الاكتئاب منشغل في الحقيقة بخسائر افتراضية وخسائر موهومة. وهو ما يكاد يفكر في خسارةٍ محتملة حتى يعدها حقيقةً قائمة. من ذلك أن أحد مرضى الاكتئاب كان رد فعله المميز كلما تأخرت زوجته عن ميعادها أن يفكر: «ربما تكون قد ماتت في الطريق»، ثم يؤول الفقدانَ الافتراضي كواقعةٍ فعلية ويبتئس ابتئاساً شديداً.

الآن، مع التسليم بأن فكرة الفقدان تؤدي إلى مشاعر الحزن، كيف يتأتى لهذا الإحساس بالفقدان أن يولد بقيةَ أعراض الاكتئاب: التشاؤم، انتقاد الذات، الهروب - التجنب - التخلي، الرغبات الانتحارية، الاضطرابات الفسيولوجية؟

للإجابة على هذا السؤال من المفيد أن نستكشف التسلسل الزمني للاكتئاب: الحدوث والتطور الكامل للأعراض. يتبين هذا التتابع في أوضح صوره في حالات «الاكتئاب التفاعلي» reactive depression أي الاكتئاب الذي يحدُث استجابةً لعامل مرسِّب محدد. أما حالات الاكتئاب الأخرى الأبطأ في الحدوث فتتخذ صوراً مماثلة وإن تكن أكثر خفاءً ودقة.

تطــور الاكتئـــاب

قد يتعرض الشخص المستهدف للاكتئاب في مسار نشأته لألوانٍ معينةٍ من الظروف الحياتية المعاكسة التي تجعله حساساً بدرجةٍ زائدة. ظروفٍ من قبيل فقد أحد الوالدين أو الرفض الدائم للشخص من قِبَل قرنائه. كما أن هناك ظروفاً أخرى أقل حدةً ووضوحاً قد تؤدي بالمثل إلى القابلية أو الاستهداف للاكتئاب. من شأن هذه الخبرات الصادمة المبكرة أن تؤهل الشخص للاستجابة المفرِطة كلما صادف ظروفاً شبيهة بها في حياته اللاحقة، وتجعله

أميل إلى الأحكام المطلقة المتطرفة فى مثل هذه الظروف، فيرى أىَّ خسارةٍ يُمنَى بها خسارةً نهائيةً لا تُعوَّض وأىَّ شخصٍ لا يكترث به كأنما يرفضه رفضاً تاماً.

وهناك صنفٌ آخر من المستهدفين للاكتئاب تنحصر مشكلتهم فى أنهم قد وضعوا لأنفسهم منذ الصغر غاياتٍ مفرِطةً فى الكمال والصرامة، بحيث يتقوض عالمهم وينهار كلما واجهوا فى حياتهم التالية إحباطاتٍ يتعذر اجتنابها.

إن الضغوط الحياتية التى تتسبب فى حدوث الاكتئاب فى مرحلة الرشد هى تلك التى تمس من الفرد جوانب حساسيته واستهدافه الخاص. من الأحداث المرسبة للاكتئاب، والتى يتفق عليها العديد من التقارير الاكلينيكية والبحثية: انفصام علاقة هامة، الفشل فى تحقيق هدفٍ حيوى، فقد وظيفة، النكسات المالية، العجز الجسمى المفاجئ، فقد المكانة الاجتماعية أو السمعة. قد يُحْدِث أى من هذه الأحداث اكتئاباً إذا كان يُعَدُّ فى نظر الفرد نضوباً نهائياً تاماً لنطاقه الشخصى.

لا يحق أن ننعت الحدثَ بأنه « حدث مرسِّب precipitating event » إلا إذا كانت خبرة الفقد لها عند المريض دلالة جوهرية. على أن الحدث المرسب ليس دائماً حدثاً منفصلاً. فهنالك صنفٌ من الضغوط يتسلل ببطء وخفاء: كالذبول التدريجى لحب الزوج، والتفاوت المزمن بين أهداف المرء ومنجزاته. مثل هذه الضغوط التراكمية قد تَحُتُّ من النطاق الشخصى بما يكفى لأن يمهد السبيل لحدوث الاكتئاب. من أمثلة ذلك أيضاً أن يكون الفرد غير قانع بأدائه كوالد، أو كربة بيت، أو كاسب دخل، أو طالب، أو فنان مبدع. أو أن يلمس الفرد مراراً وتكراراً وجود فجوة بين ما يأمله وما يجنيه، سواء من علاقة شخصية هامة أو من مهنة أو من أنشطة أخرى. كل ذلك قد يوقع الشخص فى الاكتئاب. وجملة القول أن الإحساس بالفقدان قد يكون وليد الأهداف الخيالية المسرفة فى الطموح والأمانى المغالية فى العلو والتحليق.

ليست خبرات الاكتئابى قبيل حدوث الاكتئاب بأقسى من خبرات غيره فى الأغلب الأعم. إنما يختلف الاكتئابيون عن غيرهم فى الطريقة التى يؤولون بها حرماناً ما. إنهم يلصقون بالخسارة معانىَ مغرقةً فى التعميم ودلالاتٍ مبالغاً فيها إلى حد بعيد.

هذه حالة توضيحية تبين الطريقة التى تؤدى بها الظروف الصادمة المتضمنة لخسارةٍ ما إلى مجموعة الأعراض الاكتئابية. إنها حالة رجل هجرته زوجته على غير توقع. إن أثر الهجر على

أحد الأزواج هو شئ يصعب توقعه. فمن الجلى أنه ليس كل من هجرته زوجته يصبح مكتئباً حتى لو كان الهجر موجعاً له. فقد يكون لديه مصادر أخرى للإشباع - أفراد الأسرة والأصدقاء - يمكنه بها أن يسد الفراغ. إذ لو كان الأمر مجرد ثغرة أو فجوة جديدة في حياته فإنه عَسِيٌّ أن يتمكن بمرور الأيام من تحمل هذا الفقدان دون أن يقع في اكتئاب مرضى. غير أننا نعلم أن بعض الأفراد المستهدفين يستجيبون لمثل هذا الفقدان باضطراب نفسى جسيم.

يتوقف تأثير الفقد، جزئياً، على نوع المعانى المرتبطة بالشخص المفتقد وشدتها. فالزوجة في مثالنا الحالى كانت محورَ خبراتٍ مشتركة وأحلام وآمال بالنسبة لزوجها الذى هجرته. لقد نسج حولها شبكةً من الأفكار الإيجابية مثل: «هى جزء منى»، «هى كل شئ لى»، «إننى أستمتع بالحياة بفضلها»، «إنها دعامتى الأساسية»، «إنها تواسينى فى محنتى». تتراوح هذه الارتباطات الايجابية بين ما هو واقعى وما هو وهمى خيالى شديد البعد عن الواقع. وبقدر هذه المغالاة والتصلب فى التصورات الايجابية يكون تأثير الفقدان على نطاق المرء.

إذا بلغت الإصابة التى تحيق بنطاق المرء مبلغاً معيناً فإنها تفجّر تفاعلاً متسلسلاً chain reaction. لقد أبيدت مصادر القوة الإيجابية التى كانت ممثلةً فى زوجته. وإن حرمانه من تلك الصفات الثمينة (مصدر سعاتى الوحيد / كنه وجودى) ليضخم تأثير الفقد ويولّد مزيداً من الحزن. ومن ثم يستخلص الزوج المهجور نتائج سلبية للغاية توازى الإيجابيات المغرِقة التى ينسبها لزوجته. ويكون تفسيره لعواقب الفقد: «إننى لا شئَ بدونها، ولن أعرف السعادة بعدها» «لا حياة لى بدونها».

يؤدى توالى ارتجاعات reverberations الفقد إلى أن يرتاب الزوج فى قيمته وجدواه: «لو كنتُ زوجاً أفضل لما تركتنى». ثم يتنبأ فضلاً عن ذلك بعواقب سلبية أخرى لانهيار الزواج (جميع الأطفال سوف يتحولون إلى جانبها / سيفضل الأطفال ان يعيشوا معها لا معى / سوف يبهظنى أن أفتح بيتين).

وحين يبلغ التفاعل المتسلسل الصورة المكتملة للاكتئاب تتسع شكوكه بنفسه وتتمدد تنبؤاته الكئيبة وتغدو تعميمات سلبية عن نفسه وعن عالمه وعن مستقبله. فيبدأ فى اعتبار نفسه محروماً حرماناً مستديماً من الاشباعات العاطفية والمالية أيضاً. بل يهوّل فضلاً عن ذلك من حجم معاناته بأن يمسرح الحدث مسرحةً زائدة: «إنه فوق احتمال البشر» أو «إنه كارثة مريعة». مثل هذه الأفكار خليقة ان تضعف قدرته ودافعيته لامتصاص الصدمة.

ويهجر الزوج أنشطته وأهدافه التى كانت من قبل تمنحه إشباعاً ورضا. ويتراجع عن تطلعاته المهنية (لأنها لا معنى لها بدون زوجتى). ولا يجد دافعاً إلى العمل أو حتى إلى العناية بنفسه (لأنها لا تستحق الجهد). ويتفاقم كربه بالمصاحبات الفسيولوجية للاكتئاب مثل فقد الشهية واضطراب النوم وأخيراً يفكر فى الانتحار كوسيلة للهروب (لأن الحياة مؤلمة للغاية).

وحيث أن التفاعل المتسلسل دائرى بطبيعته فإن الاكتئاب يصير إلى الأسوأ باستمرار. فالأعراض المختلفة كالحزن والإرهاق والأرق تعود فتلقم الجهاز النفسى تلقيماً رجعياً (تغذية مرتجعة) feed - back. ومن ثم فإن المريض إذ يبلو الحزنَ يحمله تشاؤمه على أن يستنتج: «سوف أبقى حزيناً أبداً» فتؤدى به هذه الفكرة إلى مزيد من الحزن الذى يُفَسَّرُ بدوره تفسيراً سلبياً. وكذلك الحال بإزاء الأعراض الجسمية فهو يحدث نفسه: «لن أعود قادراً على الأكل أو النوم مرةً ثانية»، ويخلص إلى أنه فى تدهورٍ جسدى دائم. كذلك يلحظ المظاهر الاجتماعية لمرضه من نقص الانتاجية وتجنب المسئولية والانزواء عن الناس فيتزايد انتقاده لنفسه. ويفضى تأنيب الذات إلى مزيد من الحزن. الأمر كما نرى يتصل ويتمادى فى حلقة مفرغة أو دائرة خبيثه.

تُظْهِرنا حكايةُ الرجل الذى تهجره زوجته على تأثير الفقدان وارتجاعاته لدى الشخص المستهدف للاكتئاب. وبوسعنا الآن أن ندع هذه الحالة الخاصة جانباً لكى نؤسس تعميمات عن تطور الاكتئاب. فقد تقدح التفاعلَ الاكتئابى المتسلسل ضروبٌ أخرى من الفقدان مثل الفشل فى المدرسة أو فى الوظيفة، أو ضروب أخرى من الحرمان الأكثر إزماناً وتدرجاً مثل اضطراب العلاقات الشخصية المحورية فى حياة المرء.

يمكننا أن نمد مفهوم التفاعل الاكتئابى المتسلسل بحيث يتسع للإجابة عن المسائل الآتية: لماذا يعانى مريض الاكتئاب من هذا النقص فى اعتبار الذات؟ ولماذا يتملكه هذا التشاؤم المطبق؟ لماذا يوبخ ذاته بهذه القسوة؟ لماذا ينسحب من الحياة؟ لماذا يعتقد أن حالته ميئوس منها؟

نقص اعتبار الذات وانتقادها وتأنيبها

حين يتفكر مريض الاكتئاب فى المحن التى ألمت به (انفصال، رفض، هزيمة، خيبة أمل وإحباط سعى) يشرع فى تقييم نفسه فى ضوء هذه الخبرات. فيعزو عُسْرَه وشدته إلى نقيصة

شائنة فيه. فيستنتج الزوج المهجور مثلاً: «لقد خسرتُها لأننى شخصٌ كريه غير جدير بالحب». ليس هذا الاستنتاج، بطبيعة الحال، غير واحد من عديدٍ من التفسيرات الممكنة؛ مثل عدم انسجام الطبائع والشخصيات، أو مشاكل الزوجة ذاتها، أو رغبتها فى مغامرة تتعلق بالتماس الإثارة أكثر مما تعنى أى تغير حقيقى فى مشاعرها تجاه زوجها.

عندما يعزو المريضُ سببَ الفقدان إلى نفسه، يتحول الصدع فى نطاقه الشخصى إلى هوة كبيرة: فلا يعود يعانى من الفقدان وحده، بل هو «يكتشف» نقصاً فى نفسه. ويميل إلى تضخيم هذا النقص إلى حد بعيد. فتفكر المرأة التى هجرها حبيبها مثلاً: «لقد عَلَتْ بى السن وصرتُ دميمة الشكل. من المؤكد أن شكلى أصبح قبيحاً منفراً». ويفكر الرجل الذى خسر وظيفته بسبب انهيار عام فى الاقتصاد: «إننى غشيم أخرق، وأضعف من أن أكسب قوتاً».

وإذ يرد المريضُ الهجرانَ إلى نقائصه وعيوبه الخاصة فإنه يبلو مزيداً من الأعراض المرضية. ويغدو اقتناعه بنقائصه المزعومة أمراً ملزماً حتى ليتخلل كل فكرة له عن نفسه. وتكبر صورة سلبياته بمرور الوقت حتى تصبح هى «صورة النفس» self - image بالنسبة إليه. فإذا سئل أن يصف نفسه لم يسعه أن يفكر إلا فى سماته السيئة، ووجد صعوبة كبيرة فى الالتفات إلى قدراته ومنجزاته، وغَضَّ من شأن صفاته ومزاياه التى كان يقدرها قديماً ويعتز بها.

ينشغل المريض بنقصه المزعوم ويتخذ انشغاله أشكالاً كثيرة. فهو يقيّم كل خبرة من خبراته وفقاً لهذا النقص. وهو يؤوّل أى خبرة تحتمل أكثر من تفسير أو تحمل نبرةً سلبية خفيفة كدليلٍ على نقصه وقصوره. فهذه امرأة بها اكتئاب خفيف تستنتج بعد مشادة مع أخيها «إننى غير قادرة على أن أكون محبوبةً أو أن أمنح حباً»، ولا يلبث اكتئابها أن يشتد، رغم أن لديها فى الحقيقة العديد من الأصدقاء الأقربين ولديها زوجٌ محب وأطفال. وحين تكون إحدى صديقاتها مشغولةً بحيث تَقْصُرُ معها الحديثَ على الهاتف تقول لنفسها «إنها لا تريد أن تتحدث معى بعد ذلك». وحين يعود زوجها من مكتبه متأخراً ترى أنه كان يقضى الوقت فى مكانٍ ما ليتجنب البقاء إلى جانبها. وحين يتذمر أطفالها على المائدة تفكر: «لقد خذلتُهم». الحق أنه فى جميع هذه الحالات كانت هناك تفسيرات أقرب إلى العقل والقبول، ولكن المريضة تجد صعوبةً فى الالتفات إليها أو إلى أية تفسيراتٍ لا تنعكس عليها سلباً.

إن ميل المرء إلى مقارنة نفسه بغيره قد ينال من اعتباره لذاته، بحيث يتحول كل لقاءٍ له بشخصٍ آخر إلى تقييم سلبى للنفس. هكذا يفكر مريض الاكتئاب عندما يتحدث مع الآخرين «لستُ متحدثاً جيداً».. لستُ جذاباً كبقية الناس». وحين يتمشى بالطريق يفكر

«هؤلاء الناس يبدون جذابين، ولكني لستُ كذلك» «إن مشيتي رديئة ونفَسي كريه». وإذ يرى أماً مع طفلها يفكر «إنها والدة طيبة ولستُ والداً طيباً». وحين يشاهد مريضاً آخر يعمل بجد واجتهاد في المستشفى يفكر «إنه مجد مجتهد بينما أنا كسول عاجز».

لم يتناول الكتّابُ هذه الظاهرةَ كما ينبغي. أعني ظاهرة القسوة والشطط في توبيخ الذات في حالة الاكتئاب. فمنهم من تجاهلها وضرب عنها صفحاً، ومنهم من أغرق في التأملات النظرية الشديدة التجريد. افترض فرويد مثلاً أنه في حالة الثكل bereavement يكون لدى الثاكل مخزون من العدائية اللاشعورية تجاه الفقيد المحبوب. غير أنه لا يجيز لنفسه أن تنقل هذه العدائية إلى حيز الشعور. ومن ثم فهو يوجه الغضب إلى نفسه ويتهمها بنقائصَ وعيوبٍ هي في الحقيقة نقائصُ الفقيد المحبوب وعيوبُه. وقد ظلت فكرة الغضب المعكوس ثابتةً راسخة في نظرياتٍ كثيرة عن الاكتئاب. ونرى أن هذا المسار الملتف الذي اقترحه فرويد بعيد عن المعلومات المستفادة من المرضى بحيث يصعب اختباره والتحقق من صحته.

إن فحصاً دقيقاً لعبارات المرضى ليمدنا بتفسير أكثر اقتصاداً(*) لظاهرة توبيخ الذات. فمن المفاتيح التي تكشف منشأ هذه الظاهرة ما نلاحظه كثيراً من أن مرضى الاكتئاب يبخسون نفس الصفات التي كانوا من قبل يقدرونها في أنفسهم ويعتزون بها. شأن هذه المرأة التي طالما سرَّها منظرُها في المرآة فجعلت بعد أن أصابها الاكتئاب توبخ نفسها بإهانات مثل «إنني أشيخ باستمرار وأصير قبيحة دميمة». ومثل هذه المرأة التي كثيراً ما اعتمدت على لباقتها واستغلت حلاوةَ حديثها وأسرت انتباه الآخرين واعتزت بهذه القدرة، فإذا بها بعد أن أصابها اكتئابٌ حاد تبكِّت ذاتها وتحدث نفسها «لقد فقدتُ قدرتي على إثارة انتباه الناس. إنني لا أقدر حتى أن أدير حديثاً مهذباً». في كلتا الحالتين كان السببُ المرسِّبُ للاكتئاب هو انفصام علاقة شخصية حميمة.

كثيراً ما نجد حين نراجع التاريخ الشخصي للمكتئبين أن المريض كان يستند في حياته إلى هذه الصفة التي يحط الآن من قدرها. وأنه كان يعتمد عليها في مواجهة الضغوط الحياتية

(*) الاقتصاد parsimony هنا هو اقتصاد في الفكر، ومفاده أن التفسير الأفضل (لظاهرة .. إلخ) هو ذلك الذي يتطلب أقل عدد ممكن من الافتراضات. وقد جرى العرف على تسمية هذا المبدأ الإبستمولوجي «نصل أوكام» نسبة إلى وليم الأوكامي (١٢٨٥ - ١٣٤٧) فيلسوف العصر الوسيط. وإن كان مبدأ أوكام الأصلي مبدأً أنطولوجياً في الأساس ومنطوقه: «لا ينبغي أن نزيد من عدد الكيانات دون ضرورة» entities are not to be multiplied beyond necessity «المترجم».

المعتادة والسيطرة على المشكلات الجديدة وبلوغ الأهداف الهامة. لذا فهو حين يستنتج (خطأ فى الأغلب) أنه غير قادر على السيطرة على مشكلة خطيرة أو تحقيق هدف ما أو تدارك خسارة فإنه يبخس صفته المميزة ويغض من شأنها. وإذ تلوح له هذه الصفة كأنها تخبو وتتلاشى يداخله اعتقادٌ أنه لن يعود قادراً على أن يجد فى الحياة إشباعاً أو رضا وأن كل ما يمكن أن يتوقعه منها هو الألم والمعاناة. بذلك يتقدم الاكتئابى من الإحباط إلى تأنيب الذات إلى التشاؤم.

قد يفيدنا لتوضيح ميكانزم تأنيب الذات أن نتأمل التسلسل الذى يجرى حين يكون الشخص العادى بصدد تأنيب شخصٍ آخر قد ضايقه وتعدى عليه. إنه فى البدء يحاول أن يجد فى هذا الشخص المتعدى سمةً سيئةً يفسر بها سلوكه البغيض - الجلافة.. الأنانية ..إلخ. عندئذٍ يعمم هذه النقيصة المميزة لتشمل صورةَ المتعدى بكاملها - «إنه شخص أنانى»، «إنه كريه» ثم يشرع بعد هذا الحكم الأخلاقى فى تدبر طرقٍ يعاقبه بها. إنه لا يكتفى بأن يزدريه ويحط من شأنه، بل يهاجم فيه إن واتته الفرصةُ نقطةَ ضعفٍ يؤذيه بها ويصميه منها. وقد يشاء فى النهاية أن يقطع علاقته بهذا الشخص الذى تعدى عليه وآلمه، وأن ينبذه نبذاً تاماً.

بنفس الطريقة يتفاعل الاكتئابى المؤنب لذاته مع نقيصته المفترضة الخاصة ويجعل من نفسه هدفاً لهجومه. إنه يعُد نفسه خاطئةً مذنبة جديرة باللوم. وهو يتجاوز فى ذلك وصيةَ الكتاب المقدس «إذا ساءتْكَ عينُك فاقلعها» ويمد إدانته الأخلاقيه من السمة المحددة المحصورة لتشمل شخصيته كلها وجُماع مفهومه لذاته، مصحوبةً فى الأغلب بمشاعر الأشمئزاز من النفس والنفور منها.

لنتأمل الآن الآثار المترتبة على انتقاد الذات وإدانتها ورفضها. إن المريض ليتفاعل مع هجماته ذاتها كما لو كانت موجهة إليه من شخص آخر، فيشعر بالألم والحزن والخزى.

دأب فرويد وكثير من الكتّاب الأحدث أن يردوا مشاعر الحزن إلى تحول اتجاه الغضب وارتداده إلى الداخل. ويزعمون أن الغضب المرتد يتحول (كما بضربٍ من الخيمياء alchemy [*]) إلى مشاعر اكتئابية. أليس تفسيراً أقرب أن نقول إن الحزن هو نتيجة نقص

(*) الخيمياء alchemy هى الكيمياء القديمة التى سادت فى العصر الوسيط وكانت مزيجاً من الكيمياء والفلسفة والمعرفة المكتسبة بالتجربة والاسرار، وتهدف إلى تحويل المعادن الخسيسة إلى ذهب (عن طريق ما يسمى حجر الفلاسفة) وإلى اكتشاف إكسير الحياة الذى يشفى جميع الأدواء ويحصن الإنسان ضد الفناء. «المترجم».

اعتبار الذات الناشئ بتحريض ذاتي أي بتأنيب الشخص لنفسه؟ هَبْ أنني أعلنتُ طالباً أن أداءه هابط متدن، وأنه تقبل تقييمي لأدائه كتقييمٍ صحيحٍ عادل. فالأرجح أن يحس هذا الطالب بالحزن رغم أني أعلنه بذلك دونما غضب وربما بشئ من الأسف والعطف. فنقص اعتبار الذات يكفي لكي يجعله حزيناً. كذلك إذا وضع الطالب تقييماً سلبياً لنفسه فإنه يشعر بالحزن. إن مريض الاكتئاب شبيه بهذا الطالب المتنقص لذاته؛ فهو يشعر بالحزن لأنه يخفض من إحساسه بقيمته من جراء تقييماته السلبية لذاته.

حين يقيّم مريض الاكتئاب نفسه تقييماً سلبياً فإنه لا يستشعر غضباً تجاهها لأنه ببساطة - في حدود إطاره المرجعي - يقيم حكماً موضوعياً سديداً. وهو بنفس القياس يستجيب استجابةَ الحزنِ (لا الغضب) حين يعتقد أن شخصاً آخر ينتقصه ويغض من قدره.

التشـــاؤم

يندفع التشاؤم مثل موجةٍ عارمة إلى المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب. إننا جميعاً نميل بدرجةٍ ما إلى أن «نعيش في المستقبل». وحين نكون حيال حدث ما فنحن لا نفسر خبرتنا له وفق ما يعينه هذا الحدث في لحظته الحاضرة فقط، بل وفق نتائجه المحتملة أيضاً. فحين يتلقى شابٌ إطراءً من رفيقته فإنه يتطلع إلى مزيد من الإطراءات بأمل ولهفة. وقد يحدث نفسه: «إنها تحبني حقاً» ويتنبأ بأن علاقته بها ستزداد وداً وألفة. أما إذا خيبت ظنه أو رفضته فهو حقيق أن يتوقع تكراراً لمثل هذه الخبرة الأليمة.

للاكتئابيين ولعٌ خاص بتوقع كروبٍ ومحنٍ في المستقبل، والإحساس بهذه المحن والكروب كما لو أنها تحدث في الحاضر أو أنها حدثت بالفعل. كشأن رجل الأعمال الذي ألمت به انتكاسةٌ بسيطة فبدأ يفكر في إفلاسه النهائي. وإذ استغرق تفكيره في تيمة الإفلاس فقد صار يعُد نفسه مفلساً. وبالتالي صار يحس بنفس الدرجة من الحزن كما لو كان الإفلاس قد حلَّ به حقاً وفعلاً.

تنزع توقعاتُ الاكتئابيين وتنبؤاتهم إلى الغلو والتطرف والإفراط في التعميم. وهم إذ يعتبرون المستقبل امتداداً للحاضر يتوقعون للحرمان والهزيمة أن يمتدا إلى الأبد. فإذا ما أحس الاكتئابي بالتعاسة الآن فذاك يعني عنده أنه سوف يبقى تعيساً على الدوام. ويعبر عن هذا التشاؤم الكلي المطلق بعبارات مثل «لن ينصلح حالي أبداً» «الحياة لا معنى لها، ولا سبيل

إلى تغيير هذه الحال التعسة». يرى مريض الاكتئاب أنه مادام لا يملك أن يحقق أحد أهدافه الكبرى الآن فهو لن يحققه أبداً. ولا يكاد يرى إلى إمكان أن يستبدل به أهدافاً مجزيةً أخرى. وهو يفترض فوق ذلك أنه إذا بدتْ مشكلةٌ ما مستعصيةً الآن فسوف تبقى كذلك ولن يكون بمقدوره أبداً أن يجد حلاً لها أو أن يتجاوزها بشكل ما ويتخطاها.

ثمة مجرى آخر يفضي بمريض الاكتئاب إلى التشاؤم. ينبع هذا المجرى من مفهومه السلبي للذات. وقد سبق أن لاحظنا أن ما يجعل صدمةَ الفقد مدمرةً بشكلٍ خاصٍ هو أنها تُدخل في روعه أن به خللاً ما. وحيث أنه يعتبر هذه النقيصة المفترضة جزءاً مدمجاً بذاته فهو أميل إلى أن يعتبرها أبدية مستديمة. فلا أحد يستطيع أن يسترد له موهبةً فقدها أو ميزةً خَبَتْ فيه. بل إن نظرته التشاؤمية لتفضي به إلى أن يتوقع أن عيبه هذا سوف يتفاقم باستمرار.

مثل هذا التشاؤم الاكتئابي حقيق أن يصدم أي شخصٍ يتكئ على نفسه للوصول إلى أهدافه الحياتية الكبرى معتمداً على قدراته ذاتها وعلى جاذبيته الشخصية ونشاطه وقوته. لدينا على سبيل المثال كاتبٌ مكتئَب لم ينل أحد أعماله من الاستحسان والتقريظ ما كان يتوقعه. لقد أدى به فشله في أن يعيش وفق توقعاته إلى استنتاجين: الأول أن قدرته الكتابية في تدهور. والثاني مفاده أن القدرة الابداعية شئٌ داخلي صميمي. أما وقد فقد هذه القدرة فلا أحد يملك أن يستعيدها له. لقد فقَدها إذن فقداً نهائياً لا رجعة فيه.

وردت استجابةٌ مماثلة لذلك عن طالب لم ينجح في إحدى المسابقات لنيل جائزة في الرياضيات، فكان يحدث نفسه «لقد فقدتُ قدرتي الرياضية، ولن أنجح بعد ذلك في أي موقف تنافسي». وحيث أن عدم الفوز كان معادلاً عنده للفشل التام فمعنى ذلك أن حياته بأسرها، بماضيها وحاضرها ومستقبلها، حياة فاشلة.

وهذه امرأةٌ مهنيةٌ نشطة ألمَّ بها اضطرابٌ مؤقت بالظهر وكان عليها أن تلازم الفراش. فأصابها الاكتئاب وخلصتْ إلى أنها ستظل طوال عمرها طريحةَ الفراش. لقد اعتبرت العجز المؤقت، دون وجه حق، عجزاً دائماً لا شفاء منه.

وإذ يعم التشاؤم في نفس المريض ويغلف توجهه الانهزامي التام، يغدو تفكيره محكوماً بأفكارٍ مثل «انتهت المباراة.. ليس لديَّ فرصة ثانية. لقد فاتتني الحياة.. ولم يعد هناك وقت لتدارك أي شئ». إن خسائره تبدو له نهائية ومشكلاته لا حل لها.

هذا التشاؤم لا يلتهم المستقبل البعيد فحسب، بل يتخلل في كل رغبة وكل مهمة

يضطلع بها المريض. فربة البيت التى تعدُّدُ أشغالها المنزلية تتنبأ آلياً قبل البدء فى أى شغل جديد أنها لن تستطيع إتمامه. والطبيب المكتئب يتوقع قبل مناظرة أى مريض جديد أنه لن يستطيع الوصول إلى تشخيص.

هذه التوقعات السلبية هى من القوة والرسوخ بحيث لا تزعزعها حتى الخبرات الناجحة. فحتى لو نجح المريض فى مهمة ما (وصول الطبيب إلى تشخيص مثلاً) فهو يتوقع الفشل فى المهمة التالية لها مباشرة. من الجلىّ أنه يتغاضى عن خبراته الناجحة أو يفشل فى تمثُّلها. تلك الخبرات التى تناقض فكرته السلبية عن نفسه.

تضاعف الحزن والتبلد

رغم أن حدوث الاكتئاب قد يكون سريعاً مفاجئاً، فإن نموه الكامل يستغرق أياماً أو أسابيع، يحس المريض خلالها تزايداً تدريجياً فى شدة الحزن وغيره من الأعراض، إلى أن يبلغ الحضيض. فكل معاودة لفكرة الفقد تأتى قوية شديدة بحيث تمثل خبرةً فقدٍ جديدة تضاف إلى المخزون السابق من خبرات الفقد. ومع كل فقدٍ جديد يتولد مزيد من الحزن.

تتميز أى حالة سيكولوجية كما بينا آنفا (الفصل الرابع) بحساسيةٍ خاصة تجاه أصنافٍ معينة من الخبرات. أما مريض الاكتئاب فتنحصر حساسيتُه فى خبرات الفقد. فهو يميل إلى استخلاص العناصر التى توحى بالفقد ويتغافل عن المعالم الأخرى التى لا تتوافق مع هذا التفسير أو التى تناقضه. ذلك هو التجريد الانتقائى selective abstraction الذى يجعل المريض يسرف فى تأويل الأحداث اليومية كدلائل فقد ويغفل عن التأويلات الأكثر إيجابية. إنه مفرط الحساسية للمؤثرات التى توحى بالخسارة وغير مبصر للمؤثرات التى تمثل المكسب. وهو بنفس النوع من الانتقائية يستدعى خبرات الماضى ويتذكرها. فتراه يخف إلى تذكر الخبرات الأليمة ويضرب صفحاً حين يُسأل عن الخبرات الإيجابية. وقد عرض ليشمان (Lishman, 1972) لهذه الذاكرة الانتقائية وبرهن عليها تجريبياً.

ونتيجة لهذه «الرؤية الأنبوبية» tunnel vision يغدو المريض غير مُنْفِذ للمؤثرات التى يمكن أن تثير انفعالات سارة. ورغم أن بوسعه الاعتراف بإيجابية أحداثٍ معينة فإن مواقفه إزاءها تعطل أى مشاعر سعيدة: «إننى لا أستحق أن أكون سعيداً»، «إننى غير بقية الناس ولا أحس بالسعادة حيال الأشياء التى تجعلهم سعداء»، «كيف يمكن أن أسعد بهذا إذا كان

كل شئ آخر سيئاً؟». كذلك لا تُطرِفُهُ المواقف المضحكة بفكاهتها بسبب تهيُّبه السلبى ونزوعه إلى الإحالة الذاتية self- reference: «ليس فى حياتى ما يدعو إلى المرح». وهو لا يغضب بسهولة لأنه يرى نفسه مسئولاً عن أى إهانات أو إساءات تلحق به من جانب الآخرين وجديراً بها.

يميل الاكتئابى إلى أن يفكر بحدودٍ مطلقة. وهذا مما يسهم فى الإثارة التراكمية للحزن. فهو يمعن فى الأفكار المتطرفة من قبيل: «الحياة لا معنى لها»، «لا أحد يحبنى»، «إننى عاجز تماماً»، «لم يبق لى من شئ».

ينتقص الاكتئابى من مزاياه التى ارتبطت عنده بالرضا والإشباع. وهو بذلك ينزع الرضا عن نفسه ويقصيه. فحين ينتقص مريض من جاذبيته فهو فى حقيقة الأمر يقول «لم يعد يسرنى مظهرى البدنى ولا الإطراءات التى أنالها من أجله ولا الصداقات التى أعاننى على تكوينها والاحتفاظ بها». ولا شك أن فقد الإشباع يعمل على تشغيل آليةٍ تعكس اتجاه الإثارة الوجدانية - من السعادة إلى الأسى، وأن طوفان التشاؤم السائد يعمل على استمرار حالة الحزن ودوامها.

الحزن هو النتيجة المعتادة للفقدان. غير أن الانزواء السلبى الذى يبديه بعض الاكتئابيين قد يفضى بهم إلى حالةٍ انفعالية مختلفة. فحين يعتبر الاكتئابى نفسه مقهوراً تماماً ويتخلى بالتالى عن أهدافه، فهو خليق أن يشعر بالتبلد. والتبلد apathy غالباً ما يُدْرك بصفته غياباً للشعور. ومن ثَم فقد يفسر المريض هذه الحالة بأنها علامة على أنه غير قادر على الانفعال. على أنه «ميت داخلياً».

التغـيرات الدافعيــة

بين أغرب خصائص مريض الاكتئاب الشديد وأكثرها إلغازاً خاصيةُ انعكاس الأهداف الكبرى فى الحياة. فهو لا ينزع فقط إلى تجنب الخبرات التى كانت من قبل ترضيه أو تمثل التيار الرئيسى لحياته، بل ينحدر إلى حالة من السكون واللاافعالية. وربما بلغ به الأمرُ حد الرغبة فى الانسحاب الكامل من الحياة عن طريق الانتحار.

ولكى نفهم الصلة بين التغيرات التى طرأت على دافعية المريض وبين إدراكه للفقدان، من المفيد أن نتمعن فى الطرق التى استسلم بها وتخلَّى. إنه لم يعد يحس بالانجذاب إلى ضروب

المغامرات التى اعتاد من قبل أن يقوم بها تلقائياً. بل يجد فى الحقيقة أن عليه أن يُكْرِه نفسه بالقوة على أن يزاول أنشطته المعتادة. إنه ليسوق نفسه لتأديتها لا لأنه يعتقد أنها واجبة الأداء عليه أو أنه «يصح أن يؤديها» أو يريد أن يؤديها، بل لأن الآخرين يضطرونه إلى ذلك. وهو يجد أن عليه أن يعمل ضد مقاومة داخلية كبيرة، كما لو كان يحاول قيادة سيارة «مفرملة» أو يسبح ضد التيار.

يحس المريض فى أقصى الحالات شدةً بشللٍ فى الإرادة. إنه خِلْوٌ من أية رغبة فى عمل أى شئ عدا أن يبقى فى حالة عَطالة inertia، وما هو بقادر على أن يحرك إرادته ويدفع نفسه لعمل ما يعتقد أنه ينبغى عليه أن يعمل.

قد يبتدرُ لحَدْسِ المرء من خلال هذه الصورة للتغيرات الدافعية، أن المريض قد يكون ضحيةَ مرضٍ جسمى شديد حل به واستنفد طاقته فلم تعد به قدرة أو حيلة لبذل أبسط مجهود. فمن الممكن تصوره أن مرضاً حاداً أو موهناً كالالتهاب الرئوى أو السرطان المتقدم قد ينتهى بالشخص إلى مثل تلك الحالة من الجمود. إلا أن فكرة الاستنفاد الجسمى هنا تدحضها ملاحظةُ المريض نفسه إذ يحس دافعاً قوياً لتجنب الأنشطة «البنّاءة» أو «العادية»: إن عَطالته خادعة من حيث إنها ليست مستمدة فقط من رغبةٍ فى أن يبقى سلبياً، بل أيضاً من رغبةٍ أشد خفاءً فى أن ينسل من أى موقف يعتبره غير سار. فقد تثبطه وتنفره حتى فكرة تأدية الوظائف الأولية كالقيام من الفراش وارتداء الملابس وقضاء الحاجات الشخصية. مازلت أذكر مريضة بالاكتئاب المثبِّط (المتأخر) retarded depression كانت تسارع بدس نفسها تحت أغطية الفراش كلما دخلتُ الحجرة. وتصير ثائرةً بشدة بل نشطة فى محاولة الهروب من أى نشاط نحملها على أن تشترك فيه. أما الشخص المريض جسمانياً فهو، على عكس ذلك، يصبو إلى النشاط ويريده. وكثيراً ما نضطر أن نفرض عليه ملازمة الفراش فرضاً كى نحميه من إرهاق نفسه. إن رغبة مريض الاكتئاب فى تجنب النشاط والهروب من الوسط المحيط به هى نتاج بناءاته الفكرية الفريدة: النظرة السلبية للمستقبل، وللبيئة، ولنفسه.

تنبئنا خِبراتُ الحياة اليومية ـ وكذلك عددٌ من التجارب الجيدة التصميم ـ أن المرء حين يعتقد بعجزه عن تأدية مهمةٍ ما يكون أميل إلى تركها. فهو يتبنى موقف «لا جدوى من المحاولة» ولا يجد أى دافع تلقائى للقيام بهذه المهمة. زد أن اعتقاده فى عبث المهمة ولا جدواها، حتى لو أُنجزَت بنجاح، من شأنه أن يقلل دافعيته إلى أدنى حد.

وما دام مريض الاكتئاب يتوقع نتائج سلبية فهو لا يستشعر أى حافز داخلى لبذل أى

جهد. ولا يرى أى طائل من المحاولة لأنه يعتقد أن الأهداف لا معنى لها. فإذا كانت القاعدة أن يتجنب الناس المواقف التى يتوقعون أنها مؤلمة، فإن مريض الاكتئاب الذى يرى معظم المواقف باطلةً أو مملةً أو مؤلمة، لا غَرْوَ يرغب فى تجنب حتى الحاجات الأساسية وأسباب الراحة. وهذه الرغبات التجنبية عنده هى من القوة بحيث تفوق أى ميول تجاه النشاط الهادف البناء.

إن بالاكتئابى رغبةً شديدة فى الركون إلى حالة سلبية. ويمكن توضيح الإطار الذى تَمثُل فيه هذه الرغبة بهذا التعاقب من الأفكار: «إننى منهك وحزين بحيث لا أستطيع عمل أى شئ. لو أنى قمت بأى نشاط فلن أصير إلا إلى أسوأ. ولكن لو ظللتُ راقداً فربما أمكننى أن أدخر قوتى فتذهب عنى المشاعر السيئة». غير أن هذه المحاولة للهروب من المشاعر المؤلمة من طريق الركون السلبى لا تنجح للأسف ولا تؤدى إلى شئ، اللهم إلا المزيد من الكرب. وبدلاً من أن يحظى المريض بمهلةٍ ما أو انعتاق من أفكاره ومشاعره المؤلمة فإنه يرسف فى قيدها ويصير أكثرَ انشغالاً بها.

السلوك الانتحارى

ربما تعد الرغبات والمحاولات الانتحارية هى التعبير النهائى عن الرغبة فى الهروب. فالاكتئابى يرى أن مستقبله مثقل بالألم والعناء، ولا يجد من سبيلٍ لتخفيف عذابه وتحسين وضعه، ولا يعتقد أنه سوف يصير إلى الأفضل. وبناءً على هذه المقدمات يبدو الانتحار خطوةً منطقية. فالانتحار لا يَعِده فقط بوضع نهاية لشقائه وبؤسه بل يفترض أيضاً أن يرفع عن أسرته عبئاً ثقيلاً. وما يكاد الاكتئابى يرى الموت أشهى إليه من الحياة حتى يشعر بانجذاب نحو الانتحار. وبقدر ما تبدو حياته أشد بؤساً وألماً يشتد توقُه إلى وضع نهاية لها.

تتبين هذه الرغبة فى وضع حد للحياة عن طريق الانتحار فى تفجع هذه المكتئبة بعد أن نبذها حبيبها: «لا معنى للعيش.. لم يعد لى شئ هنا. إننى بحاجة إلى الحب وقد فقدتُه إلى الأبد. لا يمكننى أن أكون سعيدة بدون حب. بل هى التعاسة التى تلازمنى يوماً بعد يوم وتجعل استمرار الحياة لا معنى له ولا مبرر».

إنها الرغبة فى الهرب من عبث الوجود وباطله، تتجلى أيضاً فى هذا التيار من الفكر لمريض آخر: «الحياة تعنى مكابدة يوم آخر ليس غير. إنها لا تؤدى إلى أى معنى، وليس بها

شيء يمكن أن يمنحنى أى رضا أو إشباع. لا مستقبل هناك. إننى لم أعد أطيق الحياة. إن مجرد الاستمرار فى العيش هو حماقة وغباء».

ثم مقدمةٌ أخرى تبطِّن الرغبات الانتحارية، هى اعتقاد المريض بأن الجميع سيكونون بحالٍ أفضل إذا هو مات. إنه يعتبر نفسه تافهاً لا نفع منه، ويعتبر نفسه هماً وعبئاً. ومن ثم لا وجه لأن تتضرر أسرتُه من موته؛ وهل يتاذى من يضع عن نفسه عبئاً؟! كانت إحدى المريضات تتصور أنها حين تنتحر إنما تقدم معروفاً لوالديها وفضلاً. فهى بالانتحار لا تُنهِى أوجاعها فحسب، بل تريح والديها أيضاً من أعباءٍ نفسية ومالية جسيمة: «إننى أستنفد مالهما وليس شأنى غير ذلك. بوسعهما حين أريحهما منى أن ينفقا هذا المال فيما هو أفضل، ولا يضطر والدى إلى أن يرهق نفسه فى العمل كل هذا الإرهاق. يمكنهما أيضاً أن يسافرا حول العالم. أنا لست سعيدة بأخذ هذا المال الذى يمكن أن يتمتعا به ويسعدا».

الدراسات التجريبية للاكتئاب

رغم أن الصياغات السابقة للاكتئاب مستمدة أساساً من الملاحظات الاكلينيكية وروايات المرضى، فقد أمكن إخضاع هذه الفروض لسلسلة من الدراسات العلائقية (الارتباطية) correlational والتجريبية. وهى تؤيد النموذج الذى قدمناه للاكتئاب فى هذا الفصل.

الأحلام وغيرها من ضروب المادة الفكرية

لاحظت فى خبرتى فى العلاج النفسى أن نسبة الأحلام ذات النتائج السلبية عند مرضى الاكتئاب تفوق ما عند غيرهم من المرضى النفسيين. يتضمن الحلمُ النموذجى لمريض الاكتئاب المحتوى التالى: الصورة التى يرسمها الحلم للمريض هى صورة «الخاسر». فهو فى الحلم يُحرَم من شئ عينى ملموس أو يفقد اعتبار الذات أو يفقد شخصاً تربطه به علاقة حميمة. هذه هى التيمة النموذجية لأحلام المكتئب. وهناك إلى جانب هذه تيمات أخرى، فقد يتمثل المريض فى الحلم كشخصٍ أخرق أو مقزز أو متخلف أو معوَّق عن الوصول إلى هدفٍ ما. وقد تأيدت لنا هذه الملاحظة فى دراسة منهجية (Beck & Hurvish, 1959).

تتجلى تيمة الحرمان والخذلان فى الأحلام النموذجية التالية لمرضى الاكتئاب: هذا مريض يحاول جاهداً فى الحلم أن يتصل هاتفياً بزوجته، فيضع قطعة العُملة الوحيدة معه فى التليفون (الذى يعمل بالعملة) لكنه يدير رقماً خطأً، ومن ثم ضاعت عليه المكالمة ولم تعد لديه عملة ولم يتمكن من الوصول إلى زوجته فقعد حزيناً يائساً. وهذا مريض آخر يحلم أنه فى شدة العطش فيطلب قدحاً من الجعة، لكنه يؤتَى بشرابٍ هو مزيج من الجعة و«السكوتش»! فيقعد محبطاً يائساً.

توجد إذن تيماتٌ سلبية نموذجية فى أحلام مرضى الاكتئاب. وقد تحققنا من هذه النتيجة فى دراسة ثانية أكثر دقةً تناولت آخر حلم لدى ٢٢٨ من مرضى الاكتئاب ومن المرضى النفسيين غير الاكتئابيين (Beck & Ward, 1961).

من المداخل الأخرى إلى دراسة أنماط التفكير عند الاكتئابيين مدخل قائم على تطبيق اختبار «الخيال المركز» focussed fantasy. اشتملت المادة فيه على مجموعة من البطاقات، كل بطاقة تتضمن أربعة إطارات تصور سلسلةً من الأحداث تجرى لمجموعة من التوائم المتماثلة (الحقيقية) identical twins. وكانت الخطة شبيهة بما لاحظناه فى أحلام الاكتئابيين، فأحد التوائم يفقد شيئاً ذا قيمة ويُنبَذ ويُعاقب. فى هذا الاختبار دأب الاكتئابيون - دون غيرهم من المرضى - على أن يتقمصوا التوأم «الخاسر» فى كل سلسلة ويتوحدوا به.

فى الدراسة الإكلينيكية الطويلة الأمد التى سبق أن أشرنا إليها (Beck, 1963) قمتُ بتحليل النتاج اللفظى المسجل حرفياً لواحد وثمانين مريضاً اكتئابياً وغير اكتئابى فى العلاج النفسى. فوجدتُ أن الاكتئابيين كانوا يحرفون خبراتهم بطريقة خاصة. فكانوا يسيئون تأويل الأحداث ويضفون عليها معانى الحرمان والفشل الشخصى والرفض، أو يبالغون فى دلالة الأحداث التى بدا أنها عادت عليهم بسوء. وكانوا لا يكفون عن نسج توقعات وتنبؤات سلبية دون مبرر. وكانت تقييماتهم المشوهة (المحرفة) للواقع شبيهة بمحتوى أحلامهم.

وقد قامت جماعتنا البحثية بسلسلة من الدراسات العلائقية (الارتباطية) لاختبار هذه النتائج الاكلينيكية. فوجدنا ارتباطات دالة بين عمق الاكتئاب من جهة ودرجة التشاؤم والتقييم النفسى السلبى من جهة أخرى. ووجدنا المرضى بعد شفائهم من الاكتئاب يُبدون تحسناً ملموساً فى نظرتهم إلى الواقع وفى تقييمهم لأنفسهم (Beck, 1972 b). تقدم هذه النتائج دعماً قوياً للدعوى القائلة إن الاكتئاب يرتبط بنظرة سلبية إلى الذات وإلى المستقبل. ويقدم الارتباط العالى بين درجات النظرة السلبية إلى المستقبل والنظرة السلبية إلى الذات دعماً لمفهوم «الثلاثى المعرفى» cognitive triad فى الاكتئاب.

وتأيدت العلاقة بين النظرة السلبية إلى المستقبل وبين الرغبات الانتحارية بعدد من الدراسات البحثية. كانت أهم هذه الدراسات دراسة تحاول أن تحدد العامل النفسى الذى يتحكم في مدى جدية المحاولة الانتحارية أكثر من غيره من العوامل. وقد خلصنا من هذه الدراسة إلى أن اليأس أو فقدان الأمل hopelessness هو أقوى مؤشر لمدى جدية الشخص فى إنهاء حياته.

من الطرق الأخرى للتحقق من أولوية الاتجاهات السلبية فى الاكتئاب هو أن نحاول تصحيحها ثم نلاحظ النتائج ونسجل الفرق. فإذا قمنا بتعديل المفهوم السلبى غير الواقعى للمريض عن قدراته ومستقبله والتخفيف من حدته، فقد نتوقع عندئذ للأعراض الثانوية للاكتئاب (مثل هبوط المزاج وفقد الدافعية البنّاءة) تحسناً مناظراً.

حين عُرِضَت عليهم مهمة تصنيف بطاقات تتسم بالبساطة، كان مرضى العيادة الاكتئابيون أكثر تشاؤماً بكثير حول فرص نجاحهم من مجموعة ضابطة من المرضى غير الاكتئابيين. كان أداء الاكتئابيين في الحقيقة مكافئاً لأداء الآخرين. وكان من ينجح منهم فى إنجاز المهمة المقررة يصير أكثر تفاؤلاً فى المهمة التالية لها. بل إن أداءهم فى المهمة التالية كان أفضل من أداء غير الاكتئابيين (Loeb, Beck, and Diggory, 1971). وقد كررنا هذه الدراسة مع مرضى اكتئابيين وغير اكتئابيين تم دخولهم المستشفى للعلاج. فوجدنا أن الاكتئابيين عقب كل خبرة ناجحة كانوا يبدون زيادة فى اعتبار الذات والتفاؤل تمتد لتشمل خصائصهم غير المتعلقة بالاختبار. فيصبحون أكثر إيجابية فى نظرتهم إلى جاذبيتهم الشخصية وقدرتهم على التواصل واهتماماتهم الاجتماعية. ويرون مستقبلهم أكثر إشراقاً وتعلو توقعاتُهم حول إنجاز أهدافهم الكبرى فى الحياة. وكان هذا التغير فى تقييم الذات مصاحَباً بارتفاعٍ فى المزاج (Beck, 1974).

ركزت دراسة مماثلة لخمسة عشر مريضاً اكتئابياً نزيلاً بالمستشفى على الصعوبة التى يجدها مرضى الاكتئاب فى التعبير اللفظى عن أنفسهم. فكانوا يعطون مجموعةً من المهام تتدرج من الأبسط (قراءة فقرة بصوتٍ عالٍ) حتى الأشد صعوبة (أن يرتجل المريض كلمةً قصيرة فى موضوع مختار ويحاول إقناع المختبر بوجهة نظره). وقد تمكن الجميع من أداء هذه المهمة الصعبة باقتدار. وهنا أيضاً وجدنا أن إنجازهم لهذه المهام بنجاح قد أدى إلى تحسنٍ كبير فى تقييمهم العام لأنفسهم ولمستقبلهم. كذلك تحسن مزاجهم وارتفع.

يتميز مريض الاكتئاب إذن بحساسية عالية تجاه أى دليل ملموس يثبت نجاح أدائه. ولهذه

النتيجة التجريبية متضمنات هامة تتعلق بالعلاج النفسى. إن معنى الموقف التجريبى (الذى يتلقى الشخص فيه عائداً إيجابياً positive feedback من القائم بالاختبار) له دون شك تأثيرٌ قوى على مريض الاكتئاب. إن لدى الاكتئابى التفاتاً خاصاً إلى الجوانب التقييمية للمواقف ونزوعاً إلى التعميم الزائد فى الاتجاه الإيجابى بعد النجاح. وهذه الصفة تمنحنا خطوطاً هاديةً للتناول العلاجى لمرض الاكتئاب.

جُمّـــاع الاكتئـــاب

فيما سبق قمنا بتحليل نشأة الاكتئاب وتطوره بوصفه تفاعلاً متسلسلاً chain reaction تبدأه خبرةٌ تتضمن عند المريض معنى « الفقد » loss. ولاحظنا كيف يعم هذا المعنى ويشمل نظرةَ الشخص إلى ذاته وإلى العالم وإلى مستقبله، ويؤدى إلى الظواهر الأخرى للاكتئاب.

وقلنا إن ضروب الفقد النموذجية التى تثير الاكتئاب بعضها درامى واضح مثل فقد زوجٍ ومثل مجموعة خبرات يراها المريض منقصةً له إلى درجة كبيرة. وبعضها أكثر دقةً وخفاءً تنجم من فشل المريض فى أن يقيم توازناً معقولاً بين مبذوله الانفعالى وعائد هذا المبذول، بين ما يمنحه للآخرين وما يتلقاه منهم، وكذلك بين ما يفرضه على نفسه من أهداف وما يحققه منها. وباختصار، بين ما يعطيه وما يأخذه (Saul, 1947).

بعد أن يستشعر الفقدَ (سواء الناجم عن حدث حقيقى واضح أو حرمان تدريجى مزمن) يبدأ الشخص المستهدف للاكتئاب فى تقييم خبراته بطريقة سلبية، فيبالغ فى تأويلها كدلائل هزيمة وحرمان، ويعتبر نفسه قاصراً عاجزاً لا قيمة له. ويرد الوقائع المؤلمة إلى نقص متأصلٍ فيه. وحين يتطلع إلى الأمام يتوقع لمصاعبه أو آلامه الحاضرة أن تدوم إلى غير نهاية، ولحياته أن تكون عناءً متصلاً وخيبةً وحرماناً. وحيث انه يعزو مصاعبه إلى نقائصه هو وعيوبه فإنه يؤنب نفسه ويتزايد انتقاده لذاته. هكذا تُنَشِّطُ خبراتُه المعيشية أنماطاً معرفية تدور حول تيمة الفقدان. وتنبع مختلفُ الظواهر الانفعالية والدافعية والسلوكية والنمائية vegetative من هذه التقييمات السلبية للنفس.

إن حزن المريض هو نتيجة محتومة لإحساسه بالحرمان ولتشاؤمه وانتقاده لذاته. أما التبلد فينتج عن انسحابه الكامل وتخليه وركونه. كذلك ينجم فقد التلقائية وتنجم الرغبات

الهروبية والتجنبية والانتحارية من طريقته في تقييم حياته. ويؤدى به اليأس إلى فقد الدافعية: نحيث انه يتوقع نتيجةً سلبيةً لأى فعلٍ يأتيه فإنه يفقد الحافز الداخلى على الانخراط فى أى نشاط بنّاء. ويؤدى هذا التشاؤم فى النهاية إلى الرغبة فى الانتحار.

كذلك تُعَد المظاهر السلوكية للاكتئاب، كالخمول والتعب والتهيج، نتاجاً للمحتوى المعرفى السلبى. فالخمول والسلبية هما تعبير عن فقد المريض للدافعية التلقائية، والتعب السريع مبعثه التوقع الدائم للنتائج السلبية لأى فعل يقوم به المريض. التهيج أيضاً يتصل بالمحتوى المعرفى: فإذا كان المريض المثبّط (المتأخر retarded) يستسلم صاغراً لمصيره، فالمريض المتهيج agitated يناضل مستميتاً كى يجد مَخرجاً من مأزقه. وكلما فقد سيطرته على موقف ما اندفع فى نشاطٍ حركى مسعور كأنْ يذرع المكان جيئةً وذهاباً أو يخدّش أجزاءً مختلفة من جسمه.

أما العلامات النمائية vegetative للاكتئاب، كفقد الشهية وفقد الليبيدو واضطراب النوم، فيبدو أنها المصاحبات الفسيولوجية للاضطراب السيكولوجى الخاص فى الاكتئاب. وقد تعد هذه العلامات مثيلة لمظاهر الجهاز العصبى المستقل فى مرض القلق. ولعل الشهية والنوم والدافع الجنسى هى أكثر الوظائف الفسيولوجية تأثراً بالاضطراب السيكولوجى الخاص بالاكتئاب.

ربما يُفَسَّرُ التدهور المطّرد لمرض الاكتئاب وفقاً لنموذج التغذية المرتجعة feedback. فمن أثر اتجاهاته السلبية يفسر المريض كربه الانفعالى وإحساسه بالفقد وأعراضه الجسمية تفسيراً سلبياً. وإذ يستنتج أن به قصوراً ونقصاً لا يُرجَى شفاؤه فإن استنتاجه هذا يدعم التوقعات السلبية والصورة السلبية للذات. فيؤدى به ذلك إلى مزيد من الحزن والأسى ويحس أنه مضطر إلى أن يتجنب مطالب بيئته وإلزاماتها. وهكذا تنشأ الحلقة الخبيثة.

تمدنا الدراسات التجريبية للاكتئاب بمفاتيح للتدخل العلاجى. فحين يساعد المعالجُ مريضه على تبين تحريفاته الدائمة لخبراته فقد يخفف ذلك من انتقاده لذاته ومن تشاؤمه. وعندما تُفَكّ هذه الحلقات المحورية فى السلسلة نكون قد قَصَمْنا الدائرةَ العنيدة للاكتئاب فتعود المشاعر والرغبات السوية للظهور. وكما سنرى فى شرح بقية الاضطرابات الانفعالية، فإن الدفعة الكبرى تجاه الصحة والشفاء تتحقق بتصحيح الاعتقادات الخاطئة للمريض وإعادة تشكيلها.

الفصـل السادس

وقوع البلاء ولا انتظاره
عصاب القلق

« تمثل مشكلة القلق نقطة عقُدية تتفجر عندها أهم التساؤلات وأكثرها تنوعا واختلافاً، وتمثل لغزاً نرى أن حله حرى بان يلقى فيضا من الضوء على وجودنا العقلى باسره » .

سيجموند فرويد

القلــــق

ليس القلق انفعالاً شائعًا يعرفه جميع البشر فحسب، بل إننا نعتبره علامةً على إنسانية الإنسان. فمن ذا الذى لم تمسّه الشفرةُ الحادة للرعب إثر تعرض شىء عزيز لديه لخطرٍ مفاجئ؟ ومن ذا الذى لم تتناوبه نوباتٌ لا تنقطع من الضيق والكرب وهو بانتظار مواجهة عصيبة؟ لقد أكد فرويد (١٩١٥ - ١٩١٧)، الذى أثار الاهتمام بظاهرة القلق كما لم يثره كاتبٌ غيره، عمومية هذه الظاهرة إذ يقول:

«لستُ بحاجة إلى أن أعرفكم بالقلق. فكل منا قد جرب مرةً هذا الإحساس، أو على الأصح هذه الحالة الانفعالية، بطريقته الخاصة. غير أنى أعتقد أن السؤال الذى لم يُطرح كما ينبغى هو: لماذا يعانى العصابيون على الأخص قلقًا أكثر وأشد بكثير من بقية الناس؟»

لقد أبرز كثيرٌ من الكتاب الدلالة الكبيرة للقلق فى الحياة المعاصر مثل ألبير كامى A. Camus الذى أطلق على الحقبة التى نعيش فيها «قرن الخوف» (١٩٤٧)، و و.هـ أودن W.H. Auden (١٩٤٧) فى قصيدته «عصر القلق». وبنفس العنوان وضع ليونارد برنشتاين L.Bernstein سمفونيته الثانية (١٩٦٠)، وجيروم روبنس J. Robbins أحد الباليهات المعاصرة (انظر ماسون Mason، ١٩٥٤). كما أن هناك كتابًا رائجًا عن أزمنتنا المعاصرة موسوما باسم «عصر القلق (Glasrud, 1960).

من الصعب رغم ذلك أن نقول إن مفهوم القلق مفهوم حديث. فنحن نجده فى الكتابات الهيروغليفية المصرية القديمة. ونجد كتاباً من العصر الوسيط مثل ابن حزم الأندلسى يؤكدون شمولية القلق بوصفه حالة أساسية للوجود الإنسانى (انظر كريتزك Kritzeck، ١٩٥٦).

يسجل رولو ماى Rollo May (١٩٥٠) فى كتابه «معنى القلق» تسجيلاً جيداً انتشار تيمة القلق وذيوعها فى الأعمال الأدبية والموسيقية والفنية والدينية والفلسفية. ولقى مفهوم القلق رواجًا عظيمًا بين الأطباء النفسيين وعلماء النفس باعتباره سبباً للعصاب ومظهراً له

أيضًا. ويُقدَّر ما ظهر عن القلق فى التراث السيكولوجى والطبى فى العشرين سنة الأخيرة بأكثر من خمسة آلاف مقال وكتاب (شبيلبرجر Spielberger ١٩٧٢).

وظيفة القلق

لقد طالما أسند البيولوجيون والسيكولوجيون والأطباء النفسيون إلى القلق وظيفةً مفيدة. وكثير من الكتاب يعتبرون القلق تعبيراً عن استجابة « الكر والفر Fight - Flight التى يُناط بها البقاء وحفظ الحياة، ويعدونه ميكانيزماً بيولوجياً ضرورياً لحفز الكائن على الفعل استجابةً للخطر. يقول فرويد (١٩١٥ - ١٩١٧) على سبيل المثال: « يَبْدَهُنا القلقُ الواقعى كشىءٍ جد معقولٍ ومفهوم. ولنا أن نقول عنه إنه استجابه لرؤية خطر خارجى، أى لأذى مستبَقٍ ومتوقَّع. وهو مرتبط بمنعكَس الفرّ Flight reflex وقد يعتبر مظهراً من مظاهر غريزة حفظ الذات » (ص ٣٩٣-٣٩٤).

هناك جمع كبير من الرأى يؤيد ما ذهب إليه فرويد من أن القلق هو نذير بخطر. يرى فرويد (١٩٢٦) أن القلق تحذير إما من خطر خارجى أو خطر داخلى (مثل انطلاق وشيك لرغبة محرَّمة). ويستجيب الفرد لهذا التحذير بأن يتهيأ للفعل الكفيل بمغالبة الخطر الخارجى، أو بأن يحرك دفاعات نفسية يحتمى بها من الخطر الداخلى.

غير أن هذا التصور للقلق بحاجة إلى إعادة نظر. فهل صحيح أن القلق منبه هام لتهيئة الفرد جسميًا ونفسيًا لمواجهة تهديد ما؟ وما هو دليلنا على أن القلق شرط ضرورى لاستجابات الطوارئ وليس تشتيتًا بغيضًا؟ وفيمَ كلُّ هذه الثقة بأن القلق دعامةٌ للبقاء وظهير؟ إن بإمكاننا بالتأكيد أن نتصور حالاتٍ كثيرة يستطيع فيها المرءُ أن يتهيأ للفعل المباشر دون أن يشحن نفسه بالقلق ابتداءً. فيستطيع الرياضى مثلاً أن يستنفر إمكاناته للتو ليأتى بحركة خاطفة، كأنْ يسددَ لاعبُ الكرة ركلةً نهائية فى المرمى أو يدرك العَدّاءُ خطَّ النهاية بدفعةٍ أخيرة. إن حافز الموقف التنافسى كافٍ وحده، دون استعانة بالقلق، لأن ينشّطَ الرياضىُ جهازه العصبى المركزى بسرعة ويحرك جسمه بالتالى حركة توافقية. فإذا كان المرء قادراً على استجابات الطوارئ دون قلق (أو غضب) فما الذى يدعونا إلى توقع القلق أو استلزامه كى يدفعه إلى الفعل الملائم فى موقف الخطر؟

نحن نعلم أيضًا أن القلق يمكن فى الحقيقة أن يعوق القدرة على التعامل مع الخطر، بل

يزيد بالفعل هشاشة المرء واستهدافه للخطر فى المواقف المهددة للحياة. كلنا نعرف حالات «التجمد» Freezingالتى تعترى الكائنات فى مواجهة الخطر الجسمى. وبمقدورنا أن نتصور بسهولة كيف يمكن أن يتعرض لاعبو العقلة أو عمال الجسور للسقوط المروّع لو أن الواحد منهم تملكه القلق فدار رأسُه واهتزت حركتهُ. كما أن هناك أدلة على أن القلق المستديم قد يؤدى إلى اضطرابات فسيولوچية لدى الأفراد المستهدفين لذلك (انظر الفصل الثامن).

اقترح ليفنثال (Leventhal, 1969) ما أسماه «نموذج الاستجابة المتوازية parallel response paradigm" الذى يحدد تعاقب الأحداث من الخطر إلى الفعل كما يلى :

خطر خارجى ← تقدير الخطر ← سلوك مناسب للتغلب على الخطر. إن القلق من هذا المنظور هو شعور يأتى بعد تقدير الخطر. وهو يصاحب السلوك التكيفى ولا يسبقه. أى أنه لايسهم فى التعاقب التكيفى. وحين يتأتى للقلق أن يزاحم السلوك التكيفى ويتعدى عليه فمن الأرجح أن يؤدى إلى تأثير ضار أو معطِّل. ألم يأن للذين يعزون إلى القلق وظيفةً مفيدةً أن يقولوا قولاً سديداً وأن يبحثوا عن حجج أكثر تماسكاً وإقناعاً يدعمون بها موقفهم؟

تثير فكرة غرضية القلق (بوصفه حافزاً لاستجابات الطوارئ ومحركاً لجهاز البقاء) أسئلةً أخرى. لماذا ننسب مثل هذه الوظائف التكيفية المحورية لأحد الانفعالات (القلق) دون غيره من الانفعالات كالحزن أو الحرج أو السرور؟ صحيح أن كل الانفعالات تضيف أبعاداً للخبرة البشرية، غير أننا فى حالتنا المعرفية الراهنة نرى أن من يسبغ على القلق وظائف صحية هو أشبه بمن يجعل من المحنة فضيلة.

حتى غرضيةُ القلق الواقعى لم تكْفِ نفسها عند هؤلاء فألحقوها بمفهوم القلق العصابى. يسلِّم فرويد (١٩٢٦) بأن القلق العصابى يتسبب عن إدراك خطر « داخلى » ناجم من الدفعات اللاشعورية. وأن ما يثير القلق هو الخوف مما عساه أن يحدث لو أن قوى الكبت فشلت فى صد المطالب الغريزية ومنعها من الانطلاق فى فعل اندفاعى. فلو أفْلت زمام الطاقات الغريزة المحرَّمة أو نشطت من عقالها فإن هذه الطاقات نفسها تؤدى عندئذ إلى القلق.

أبدى هوش Hoch (١٩٥٠) ارتيابه فى منطقية هذه الصيغة وعبر عن ذلك بالمفارقة التالية : «إذا كان القلقُ حقّاً إشارةً بأن القوى الغريزية المكبوتة قد بدأت تجيش وتثور، فلماذا يتوجَّبُ على أداة الإنذار ذاتها أن تحرق المنزل وتأتى عليه؟!» (ص ١٠٨).

القلق والخوف

كثيراً ما يختلط تعريف الخوف بتعريف القلق. وهذا التداخل من شأنه أن يُفسد المزايا المستفادة من استعمال لفظين مختلفين لتسمية ظاهرتين منفصلتين رغم ما بينهما من صلة. فهذا فرويد (١٩١٧) مثلاً يتحدث عن مخاوف واقعية ومخاوف غير واقعية ويسمى الأخيرة «قلقاً». إلا أن بالإمكان أن نفصل فصلاً حاداً بين الخوف والقلق دون أن نلجأ إلى معنى تكنيكى متخصص بعيد عن الاستعمال الشائع:

فالخوف هو صنف معين من «الفكر» ideation، بينما القلق «انفعال» emotion.

من التعريفات المعجمية للخوف أنه «إدراك مُريع لشيء يحتمل أن يضر أو يؤذى... إلخ» (معجم وبستر الدولى الجديد للغة الأنجليزية ١٩٤٩). ويعرف معجم آخر القلقَ بأنه «احتمال أن يحدث شيءٌ ما مرهوبٌ أو غير مرغوب» (Standard College Dictionary, 1963). ومن الحقائق الدالة أن كلمة Fear مشتقة من كلمة إنجليزية قديمة تعنى الـ المفاجئة، الخطر (معجم أكسفورد، ١٩٣٣).

تؤكد هذه التعريفات أن الخوف يعنى تقدير خطر فعلى أو ممكن. وبهذا المعنى فإن الخوف يمثل عمليةً معرفية ـ كمقابل للعمليات الانفعالية. هذه العملية السيكولوجية الخاصة هى الدراية (أو الإدراك أو التوقع) بأن شيئًا ما غير مرغوب قد يقع.

أما القلق فيعرَّف بأنه «حالة انفعالية متوترة» (Standard College Dictionary,1963). توسم هذه الحالة بنعوت مثل: متوتر، عصبى، مروَّع، مرتعد داخلياً. وكثيراً ما يستخدم الباحثون والممارسون لفظ «القلق» ليمثل مُتَّصَلاً continuum يمتد من التوتر الخفيف عند أحد طرفيه حتى الرعب terror عند الطرف الآخر.

عندما يقول شخصٌ «إننى متوتر» فهو يعنى أنه يحس قلقًا الآن وحالاً. ولكن ماذا تراه يعنى حين يقول «إن لدىَّ خوفًا (أو أنا خائف) من العواصف الرعدية»؟ إنه يشير إلى مجموعة من الظروف ليست قائمةً حالاً ولكن يمكن أن تقع فى وقت ما فى المستقبل. بهذا المعنى فإن الخوف يمثل «مَيلاً» إلى أن يدرك المرءُ مجموعةً معينةً من الأحوال بصفتها تهديداً وأن يستجيب إليها أن تعرض لها استجابةَ القلق. ولكى نشير إلى الميل الباطن أو النزوع يمكن أن نستخدم تعبير «الخوف الكامن» latent fear، بمعنى مماثل لقولنا عن شيء صلب ظاهرياً

إنه هش إذا كان هذا الشيء قابلاً لأن ينكسر أو ينصدع تحت إجهادٍ stress طفيف.

عندما تبدأ العاصفة الرعدية بالفعل، فإن الخوف ينشط ويحدِّث الشخص نفسه «أخشى أن يصعقني البرق ويقتلني». هذه العبارة تكشف ماهية الخوف: «تقدير أذى ممكن». ينبثق مفهوم الخوف إذن من العواقب المحتملة للعاصفة الرعدية، وهى أن يُقتل المرء. عند هذه النقطة ينشط خوفُه الذى كان من قبل كامنًا (ممكنًا) إبان الطقس الهادئ ويثور قلقُه؛ فيشعر بالارتعاش والعصبية والتوتر، يتسارع نبضُه ويدق قلبُه ويغزر عرقُه. الخوف إذن هو «تقدير الخطر»، أما القلق فهو الحالة الشعورية البغيضة والاستجابة الفسيولوجية التى تحدث عندما يُثار الخوف.

حين يقول شخص ما أنه خائف من الجسور أو من المبانى العالية أو من التليفونات فبم يخبرنا؟ من البين إنه ليس خائفًا من الشيء المادى أو تجهيزاته، بل من مجموعة معينة من الظروف. إنه خائف من النتائج المحتملة لوجوده على الجسر أو لاتصاله بالهاتف أو تلقّيه مكالمةً أو لوجوده فى مبنى مرتفع أو بالقرب منه. فهو يتوقع أن وجوده فى موقف معين يعرضه للخطرِ شخصى. فخوفه من الجسور مثلاً يعكس همه من احتمال إصابته أو غرقه، إما بسبب انهيار الجسر أو بسبب سقوطه منه أو قفزه من الحاجز. وخوفه من المبانى العالية قائم على تصور أنه قد يهوى من النافذة أو أن المبنى قد ينهار. أما العنصر الذميم فى عمل اتصالات هاتفية فهو قابليته للانجراح بالصدمة الاجتماعية، كأنْ يبدو أحمق فى نظر المتحدث على الطرف الآخر من الخط (سنعرض لمثل هذه الحالة فى الفصل الخاص بالرهابات).

ينشط الخوفُ حين يقترب الشخص من الموقف المهدِّد. غير أنه قد ينشط أيضًا بمجرد أن يتحدث الشخص عن الموقف الخطر أو يفكر فيه أو يتخيله. فالإمعان فى الخوف يجعل الموقف الخطر أكثر بروزًا ووشوكًا، أى أنه يستحضر الخطر البعيد إلى «هنا والآن»، فلا يعود الشخص يستشعر الخطر كشيء بعيد فى المكان والزمان بل هو يُسقِط نفسه فى الموقف الخطر.

لا يختلف الكرب (القلق) الناجم من توقع معاناة جسدية (كأخذ حقنة) اختلافًا كيفيًا عن ذلك الكرب الناجم من توقع صدمة نفسية اجتماعية (كالإذلال والمهانة). ومعظمنا يعرف التوتر السابق للامتحانات أو السابق لإلقاء كلمة أو التمثيل أمام مجموعة. تشمل أصناف الصدمات الجسمية الشائعة: الإصابة والمرض والموت. أما المخاوف الاجتماعية الشائعة فتدور حول احتمال الاستنكار، وفقدان علاقة هامة، والرفض.

إن الخوف فى جوهره هو مفهوم concept، أو تصور معين، متوجه بمحتواه إلى المستقبل، ويشير إلى احتمال الضرر الشخصى. أما القلق فهو انفعال emotion غير سار، له مصاحباته الذاتية والفسيولوجية المعروفة.

ثَمَّ فوائدُ معينة لهذا التمييز السيمانتى بين الخوف والقلق. فهو يتحاشى البناءات السيمانتية المتعثرة من مثل «القلق الواقعى»، «القلق الموضوعى»، «القلق المعقول واللامعقول». إن من الخلط أن ننعت انفعالاً أو حالةً شعوريةً بنعوت لا تناسب غير أفكارٍ أو مفاهيم. هل يصح على سبيل المثال أن نقول عن ألم بالبطن إنه «مغصٌ غير عقلانى»؟!

بناءً على التعريفات التى اقترحناها يمكن أن يُنعَتَ خوفٌ ما بأنه موضوعى أو واقعى إذا كان هناك خطرٌ حقيقى أى إذا كان من شأن أى ملاحظ نزيه أن يسمى الموقفَ موقفًا خطيراً بالفعل. بالمثل يمكن للخوف (وليس القلق) أن يُسمى لا واقعيًا. إن صفاتٍ مثل «معقول» أو «لا معقول» يمكن أن تستخدم على الرحب والسعة لتصف مفهوم الخوف: فيكون الخوف معقولاً إذا كان قائمًا على افتراضاتٍ معقولة، وعلى المنطق والاستدلال، ويكون لا معقولاً إذا تأسس على افتراضاتٍ خاطئة أو استدلالٍ مغلوط.

التوجه المستقبلى للخوف

إذا سألت شخصًا ما عن أفكاره فى الوقت الذى يشعر فيه بالقلق، يتضح لك أنها تنطوى على توقع حدثٍ ما غيرِ سارّ قد يحدث فى المستقبل. فقد أدلى أحد المرضى على سبيل المثال بارتباط الأفكار التالية بفورات القلق التى عاناها على مدار أسبوع: دخل عليه رئيسُه الحجرة فقال الشاب فى نفسه «ربما ينوى هذه الرجال أن يخسف بى إلى وظيفةٍ أدنى». ولما جَدّ فيما كان يعمله ونجح فيه خامره هذا الهاجس «إذا بالغتُ فى إتقان ما أعمله فقد يغرقنى هذا الرجل حقًا فى أعمالٍ أخرى، ولن أستطيع عندئذٍ ملاحقتها». فأثار فيه هذا الخاطرُ مزيداً من القلق. وعندما ذهب إلى طبيبه لعمل فحصٍ روتينى كان يحدث نفسه «ربما يكتشف الطبيب مرضًا خطيراً عندى لا أعلم به». والنتيجة هى القلق مرةً ثانية.

وهذا شاب آخر كان يفكر هل من المستحسن أن يطلب من إحدى الفتيات موعداً، فتساوره هذه الفكرة: «قد تكون سيئة الطبع فتصدنى». وقد لاحظ فى نفسه فيما بعد

صعوبةً ما في الحديث ففكر: «ربما أفقد صوتى تمامًا». وحين كان يستعد لأحد الامتحانات كان يقول لنفسه: «قد أرسب حقًا فى هذا الامتحان». كانت كل فكرة من هذه الأفكار متبوعة بالقلق. إن القاسم المشترك فيها جميعًا هو أن الحدث المحذور كان يُدْرَك كحدث مستقبلى وشيك الوقوع ولكن لم يقع بعد.

وبطبيعة الحال، يمكن لتوقع الأذى الجسدى أيضًا أن يثير القلق: كما يحدث لسائق يدرك أنه على شفا التصادم مع سيارةٍ أخرى، ولمريضٍ فى انتظار عملية جراحية. وبعد أن يزول الخطر يتبدد القلق ويتلاشى.

هذا التوجه المستقبلى future orientation هو من طبيعة الخوف والقلق. وربما يزداد هذا الأمر وضوحًا حين نأخذ له مثالاً مألوفًا: فكل معلم يُعلنُ طلابَه عن امتحانٍ سوف يكون حاسمًا فى تحديد درجات كل طالب، يعرف كيف يتراكم قلقهم ويزداد كلما اقترب ميعاد الامتحان. ويعرف كيف يزايلهم هذا القلق بعد انتهاء الامتحان وإعلان الدرجات (وإنْ أحس بالحزن كلٌ من قصَّر عن مستواه المعتاد وآماله الخاصة، وبالفرح كل من أجاد وفق أهدافه وتقديراته).

هناك بالطبع استثناءاتٌ واضحة لمبدأ التوجه المستقبلى للقلق. فمرضى عصاب الحرب، على سبيل المثال، يبقون فى قبضة القلق طويلاً بعد إبعادهم عن منطقة الخطر. وتظل تعاودهم خبرة أشبه «بنكوص الزمن» أو تراجعه، يعيشون أثناءها نفس الحدث الخطِر الذى مروا به من قبل.

شبيه بذلك ما ينتاب البعض من سورات القلق بعد إفلاتهم من حادث وشيك أثناء القيادة على الطريق السريع. فيظل قائد السيارة يساوره نفسُ القلق كلما تفكر فى اللحظة التى كادت تودى بحياته. وتعاوده ذكرى ما جرى كأنه يقع فى الحاضر أو كأن الخطر ما يزال قائمًا. وكثيرًا ما تنتاب مرضى القلق المزمن التالى للأحداث الصدمية نوباتٌ من «الارتجاع الفنى» flashbacks تظل تُبدىء الخبرةَ الأصلية وتعيدها.

من الواضح أن التوجه المستقبلى للخوف يدور بصفة عامة حول تيمة «المعاناة» suffering. قد تكون المعاناة نتيجة لتوقع ألم جسمى أو توقع حالة انفعالية موجعة ناجمة عن ضرر نفسى - اجتماعى. فمن الشائع بين مرضى القلق النفسى خوفهم من أن يفقدوا السيطرة على أنفسهم فيقعوا فى الخزى والحرج والحزن. كالخوف من فقد المرء لسيطرته على

قواه وملكاته كما يحدث فى حالة الخوف من الجنون، والخوف من العجز عن الأداء وعن تحقيق الأهداف المحورية، والخوف من إضرار الآخرين. وكذلك الخوف من الغثيان والقئ فى مكانٍ عام.

هناك نسبة كبيرة من مرضى القلق يؤرقهم هم الموت (Lander and Marks, 1971) ورغم أنهم لا يتصورون الموت كحالةٍ من المعاناة فى حد ذاته، فإن فكرة امحاء النفس وزوالها تبعث على القلق. يرى كثير من الناس أن توقُّف الوعى والخبرة هو أسوأ نكبة يمكن أن تحل بالمرء، ومن ثَم كان توقع الموت همّاً عظيماً. من جهة أخرى، حين ينظر المرء إلى الموت نظرةً إيجابية فإنه لايخافه ولا يرتاع منه. فمريض الاكتئاب الميال للانتحار قد يشتهى الموت فى الحقيقة ويرحب به كشكلٍ من أشكال الهروب من حالةٍ لم تعد تُطاق.

عصاب القلق

كنا نتحدث حتى الآن عن القلق كانفعال عام يشمل جميع الناس فى كل مكان. غير أننا ندرك أن القلق يبلغ من الشدة مبلغاً أكبر فى حالة الاضطرابات النفسية من قبيل عصاب القلق الحاد، أو يساهم فى حدوث أمراض نفسجمية مثل قرحة المعدة (انظر الفصل الثامن). إن هذا يطرح السؤال التالى: كيف نميز الحالات المرضية للقلق عن القلق السوى.

يُعتبر القلق بصفة عامة قلقاً سوياً حين يكون استجابةً لخطرٍ قائم، وحين يزول بزوال هذا الخطر. ويُعتبر قلقاً مرضياً إذا تجاوز كثيراً حجم الخطر الحقيقى أو إذا لم يكن ثَمَّ خطرٌ خارجى فعلى. غير أن وضع حد دقيق يفصل القلق السوىّ من القلق المرضىّ هو مهمة صعبة وتعتمد إلى درجة كبيرة على المعايير الاجتماعية. فهل يُعَد الشخصُ غيرَ سوىّ إذا ما اعتراه قلقٌ مزمن لأن أحد أعدائه، وفق خرافات مجتمعه، قد عمل له (عملاً)؟ وهل يحق لنا أن ننعت بالقلق المرضى جندياً «أخضر» يصيبه الهلعُ وهو يقوم بأولى المهام الحربية فى حياته؟

حين ننحى جانباً مثل هذه المشكلات الحدية والحالات البينية، نجد أن لدينا معايير لتشخيص عصاب القلق على جانبٍ كبير من الدقة والتحديد والحسم. فمرضى هذا العصاب يُبدون قلقاً مستديماً فى غياب أى خطرٍ واضح أو مباشر. فالمحارب القديم الذى ترك الخدمة بالفعل وعاد إلى الحياة المدنية وما يزال قلقاً فى كل وقتٍ ومرتاعاً يطفر هلعاً لدى سماع أى

صوت عال. هذا الشخص لا شك يستحق تشخيص عصاب القلق (بعد الحرب العالمية الأولى كان مثل هؤلاء المحاربين القدامى يعدون ضحايا «صدمة القذائف» shell shock)(*). وينطبق نفس التشخيص على ربة البيت التي تستشعر القلق سواء كانت بمفردها بالمنزل أو كانت في موقف اجتماعي. وتنطبق أيضاً على ذلك الرجل الذي يبقى متوجساً قلقاً على صحته رغم ما لا حصر له من الفحوص الطبية التي تثبت خلوه من أي مرض.

تأخذ اضطرابات القلق أشكالاً مختلفة. فهناك حالات حادة تستمر أياماً عديدة أو أسابيع. وهناك نوبات لا تتجاوز بضع دقائق غير أنها تميل إلى التكرار الكثير. وهناك حالات مزمنة يستمر فيها القلق أشهراً أو سنوات. وإذ يبدو أن هذه الحالات تحدث في غياب أي خطر واضح فقد ظهرت عدة مصطلحات لوصفها وتفسيرها، من أكثرها شيوعاً مصطلح «القلق العائم» free-floating anxiety. وقد استحثت فكرة القلق العائم، كما سوف نرى، عدداً من النظريات المتباينة التي تُنْمَى إلى مدارس مختلفة من الفكر.

مغالطة «القلق العائم» (الطليق)

هذا مريض يؤتى به إلى غرفة الطوارئ بإحدى المستشفيات. ملامحه منقبضة رعباً،

(*) عادت التقسيمات المرضية الأحدث إلى شيء هو أقرب إلى التصور القديم عن «صدمة القذائف» و«عصاب الحرب» و«عصاب الصدمة»... إلخ، فأفردت فئة مرضية خاصة وتشخيصا منفصلا لمثل هذه الحالات وغيرها من الحالات التي تحدث استجابة لصدمة بالغة الشدة تتخطى الخبرات المعتادة في حياة البشر هولا وجسامة (مثل الحوادث المفجعة والكوارث الطبيعية وويلات الحروب والاغتصاب والاختطاف والأسر والتعذيب.. إلخ)، وأطلقت على هذه الفئة المرضية اسم «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» Post - traumatic stress disorder. وهي أقرب إلى المتلازمة (أو الزملة) منها إلى الاضطراب، إذ تضم حشدا من الأعراض المتباينة تشمل ١ . أعراض إعادة معايشة الخبرات الصدمية إن في اليقظة أو الأحلام أو سورات انشقاق الوعي ٢ - أعراض تبلد الاستجابة للعالم الخارجي والتجنب الرهابي لجميع أشكال المؤثرات المرتبطة بالصدمة من قريب أو بعيد ٣ - أعراض زيادة الاستثارة من مثل الأرق والغضب والتوجس وضعف التركيز والإجفال... إلخ. وقد ظهر أن هذا الاضطراب يختلف عن عصاب القلق العام في الأساس النيوروبيولوجي فضلا عن اختلافه الواضح في الصورة الاكلينيكية. كما تبين أنه يتسبب - بالإضافة إلى الصدمة ذاتها - عن عوامل مهيئة سابقة على الصدمة وداخلة في صميم بنية الشخصية وفي المهاد الاجتماعي الذي تعيش فيه. «المترجم».

وتنفسه سريع ضحل، وجسده يتصبب عرقًا. وعقب إجراء الفحوص والتحاليل الوافية التى أقصت احتمال المرض الجسمى كسبب للحالة، دمغها الطبيب الباطنى كحالة «عصاب قلق حاد» ودوّن ملاحظةً فى ملف المريض أن لديه «قلقاً عائمًا» free-floating anxety. فحيث لم يجد هذا الطبيب، وفق مقاييسه الخاصة، أى خطر موضوعى فى هذه الحالة من القلق، فقد أحالها إلى فئة الشذوذات الانفعالية الناجمة من «النفس» أو ربما من عاملٍ ما من العوامل البيوكيميائية الخفية.

إن حدوث القلق فى غياب أى خطرٍ موضوعى قد أدى إلى نشوء فروض عديدة ترمى إلى تفسير نوبات القلق وكشف سرها. فقد اقترح فرويد يومًا ما (١٩١٥ - ١٩١٧) أن الطاقة الجنسية الحبيسة تتحول (مثلما تتحول أشكال الطاقة) إلى قلق. ثم عاد فى مرحلةٍ تالية (١٩٢٦) فافترض أن ما يثير القلق هو تهديدُ دَفعةٍ لا شعورية محرَّمة بالانطلاق إلى الشعور.

أما المدرسة العضوية التى يمثلها أئمةٌ مثل كربلين Kraepelin، فاقترحت نوعًا من اضطراب الأعصاب. وهى أطروحة طورها كتابٌ أحدث إلى نظرية فى اختلال توازن الجهاز العصبى المستقل.

منذ بضعة أعوام حظى تفسير بيوكيميائى للقلق بشعبية كبيرة. ومفاد هذا التفسير أن القلق ناجم عن زيادة فى حمض اللكتيك أو نقص الكلسيوم بالدم (pitts,1969). إلا أن الدراسات اللاحقة فشلت فى تدعيم هذه النظرية (Levitt, 1972). أما السلوكيون فيعتقدون أن سبب القلق هو إشراطات سابقة خاصة بالمريض؛ فهو اليوم يستجيب بالقلق لمؤثرات حميدة سبق لها أن ارتبطت لديه بمؤثرات مؤذية (انظر الفصل السابع).

إن فكرة «القلق العائم» free - floating anxiety هى فكرة مستقاة من وجهة نظر الملاحظ لها وليس المبتلى بها. فإذا ما حاولنا فحص هذا الاضطراب من خلال الإطار المرجعى للمريض نفسه فهل نجدنا بإزاء قلقٍ محضٍ لا صلة له بأى خطر؟ إن العكس هو الصحيح. ولننظر إلى مريض القلق الحاد الذى يشكو إلى طبيبه أنه يحس بكارثة وشيكة وبأنه ربما يكون مشرفًا على الموت. فبعد أن تثبت الفحصوصُ الطبية الكاملة خلو هذا المريض من أى مرض مهدد للحياة، فإنه غالبًا ما يدرك أن خوفه لا أساس له فيخف قلقه ويزول.

أدرك بولبى (Bowlby, 1970) خطأ مفهوم «القلق العائم» إذ يقول: «ما لم نعرف ما جرى أو يجرى فى عالم المريض الخاص، فلن نكون فى موقع يسمح لنا أن نقرر عدم وجود

تهديد، أو أن نقرر أن التهديد لا يتناسب ـ وفق المعايير المعقولة ـ مع الانفعال الذى يبدو أنه أثاره.

الحق أن الخبرة الاكلينيكية لتدلنا أنه كلما ازددنا علماً بالخوف الطبيعى وتعرفًا على العالم الشخصى للمريض، تضاءلت عبثية المخاوف التى يعانى منها، ولم يعد قلقه يبدو لنا «عائماً» free-floating . من ثَم يتضح أننا لو شئنا أن نقصر استعمال كلمة (قلق) على الحالات التى يغيب فيها التهديد أو يبدو غير كافٍ، فربما انقرضت هذه اللفظة بهدوء ولم تعد تُستعمل». (Bowlby, 1970).

وحيث يبدو قلق المريض غير متناسب مطلقًا مع أى ضغوط ممكنة أو أى خطر مهدد للحياة، يقع الطبيبُ الفاحص فى الخطأ، ولايلتفت إلى ما يغمغم به المريض عن خوفه من الموت. حتى الدليل التشخيصى للجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٦٨) ينص على أن المخاوف هى تبرير أو إزاحة من خوف «فعلى»، أو هى ببساطة مظهر سطحى للقلق. إن هذا الميل نحو إقصاء المخاوف الظاهرة للمريض يلقى على بصر الطبيب غشاوة فلا يرى الاضطراب الفكرى فى حالات القلق الحاد. ويعجز بالتالى عن تبين أن المخاوف تبدو لعين المريض معقولة بالفعل. ذلك أن هذه المخاوف قائمة على المغالاة فى تأويل المؤثرات كدلائل خطر، وتحريف المؤثرات الواردة، والاستدلالات الاعتسافية والتعميمات المفرطة (انظر الفصل الرابع).

بتشجيع المريض على أن يشرح مخاوفه يستطيع الطبيب الفاحص أن يكشف الغطاء عن المعلومات التى تجعل هذه الحالة الغامضة مفهومةً تماماً. فالخوف الذى يعانى منه المريض هو من وجهة نظره واقعى تماماً ومعقول. فى البداية، حين نسأل المريض عن مخاوفه، قد يكون مهموماً بقلقه وحالاته الشعورية الغريبة وهواجسه الملحّة بحيث لا يستطيع التركيز على السؤال. غير أنه بقليلٍ من الاستبطان يمكنه أن يمدنا بمعلومات ذات صلة. وكثيراً (ولكن ليس دائماً) ما تتسلط على مريض القلق الحاد فكرة أنه يُحتضَر، إذ تثير فيه بعض الإحساسات الجسمية المفاجئة أو الشديدة خوفه من الموت. فهو يفسر الكرب الجسدى الذى اعتراه كعلامةٍ لمرض جسمى، فينتابه القلق. ويبدأ التفاعل المتسلسل **chain reaction**.

هذا رجلٌ فى الأربعين من عمره جىءَ به إلى غرفة الطوارئ بأحد المستشفيات العامة بمدينة دينفر فى حالة كربٍ حادة. قال هذا الرجل إنه منذ ساعات قليلة صعد إلى قمة مصعد التزحلف بالجبال فلاحظ أن تنفسه يضيق. بعدها أحس بضعف شديد وأخذ يتصبب عرقًا وتستحوذ عليه فكرة أنه يفقد وعيه. لم يكشف الفحص الطبى الذى أجرى ورسم القلب

الذى تم عمله بالمستشفى أى علامة تشير إلى خلل جسماني. وقيل للمريض إنه يعانى «نوبة قلق حاد» وأعطى فينوباربيتال للتهدئة.

غير أن قلقه الشديد استمر. وعاد إلى بيته فى فيلادلفيا. وعندما جاء لاستشارتى فى اليوم التالى كان غامضاً فى البداية وهو يحاول تحديد مصدر قلقه. إلا أنه حين بدأ يراجع الوقائع الحديثة التى جرت له كان من السهل نسبياً ضم المعلومات ذات الصلة وتجميع أجزاء الصورة. ذكر الرجل أنه حين ارتقى إلى أعلى مصعد التزحلف لاحظ أن تنفسه يضيق (ربما بسبب الجو المخلخل). وتذكر أنه راودته فكرة أن ضيق تنفسه قد يكون علامةً على مرض القلب. وتذكر أخاه الذى أصابه مثل هذا ومات بانسداد تاجى منذ بضعة أشهر. وحين أجال فى خاطره بجدية أكبر فكرةَ إصابته بانسدادٍ تاجى ازداد قلقًا على قلق. عند هذه النقطة بدأ يحس بالضعف ويعرق بغزارة ويشعر بدوار. وقد فسر هذه الأعراض كدليل جديد على أنه أصيب بنوبة قلبية وأنه على مشارف الموت. عندما فُحِصَ هذا الرجل فى غرفة الطوارئ لم يهدئ من رَوعه رسمُ القلب الطبيعى، لاعتقاده أن المرض ربما لم يكشف عن نفسه بعدُ فى هذا الاختبار.

بعد أن استقر بنا الرأى أن الخوف من النوبة التاجية هى التى أثارت «القلقَ العائمَ» وأدامته، كان باستطاعتنا أن نتناول المفاهيم الخاطئة للمريض. وقد شرحت له أن ضيق التنفس المبدئى كان استجابةً فسيولوجية عامة للجو الرقيق (المخلخل) بالجبال. وأن ما نتج عنها من خوف من نوبة القلب قد أثار أعراض القلق.. تلك الأعراض التى فسرها كعلامة على الموت الوشيك. تقبل المريضُ هذا التفسير وأطرفنى برأىٍ وجيهٍ هو أن خوفه من نوبة القلب كان «إنذاراً كاذبًا». عقب هذا التفسير المعُدل لخبرته اختفتْ أعراض القلق وأحس المريض بأن صحته رُدَّت إليه. لقد زالت الأعراض بسرعة بعد كشف السبب. فأمده هذا الزوال السريع بدليل إضافى على أنه لا يعانى من مرض عضوى.

إن المخاوف المؤدية إلى نوبة قلق حاد ليست مقصورة على هواجس المرض الجسمى. فقد تدور هذه المخاوف حول مصاعب ومحن نفسية ـ اجتماعية.

فهذا أستاذ جامعى حضر إلى غرفة الطوارئ بأحد المستشفيات لأن «به هلعًا شديداً ولم يعد يحتمل ذلك لحظة واحدة». وضع طبيب الخفارة تشخيص «قلق عائم» وحوله إلى استشارة طبنفسية عاجلة. حين شرح هذا الرجل سلسلة الأحداث السابقة للهلع مباشرة بزغت الصورة التالية:

كان قبل ساعات قليلة يتهيأ لإلقاء أول محاضرة له على فصل كبير. فبدأ يشعر بقلق متزايد ويرى أنه سوف يرتبك ويبدو غير كفء أمام الطلاب. ومع تزايد القلق انصبت أفكاره على أنه ربما يعجز عن تحضير المحاضرة، بل قد يتعطل ذهنه ويعجز عن الكلام أمام الفصل. وبدأ من هذه النقطة يستحضر في ذهنه سلسلةً من العواقب الكارثية: فهو سوف يخسر وظيفته، وسوف يعجز عن كسب قوته، وينتهي به الأمر في شارع الساقطين ـ منبوذاً من مجتمعه وعاراً لعائلته.

وبكشف المحتوى الفكرى الذى أنتج القلق، استطاع المريض أن يكون أكثر موضوعيةً فى فهم مشكلته المباشرة. وبدأنا نطرح إجراءات بديلة ونمحصها: أن يفصح لرئيس القسم عن مصاعبه، أن يتولى عملاً آخر يقدر عليه حتى بافتراض فشله كمحاضر.. إلخ. وإذ لم يُعد المريض يركن لمخاوفه ويوليها تصديقًا كبيراً، زايله القلق واستطاع أن يعدّ المحاضرة ويلقيها بنجاح. ومن طريف الأمر فى هذه الحالة أن هذا المريض قد انتُخِبَ فى العام التالى كأفضل محاضر بالكلية.

فى كلتا الحالتين السابقتين لم يكن الطبيب الفاحص هو الذى يستخرج العوامل التى أسهمت فى توليد القلق. لقد استطاع بأقل قدرٍ من الأسئلة أن يتحقق من سلسلة الأحداث ومن المحتوى الفكرى الذى أدى إلى «القلق العائم». وفى كلتا الحالتين كان الخوف من كارثة (الموت فى الحالة الأولى والفشل الإنسانى التام فى الثانية) هو المسئول عن توليد القلق. وحين أدرك كل من المريضين أن خوفه الزائد كان «إنذاراً كاذباً» انحسر قلقه وتراجع.

لقد شرعتُ بعدها فى دراسةٍ لنوبات القلق الحاد. ووضعتُ ترتيبات لمناظرة بعض المرضى الذين تم تشخيصهم من قِبَلِ الأطباء الفاحصين كحالات «قلقٍ عائم». وقد أمكننى فى عشرة حالات متتالية أن أستخرج نفس الصنف من المحتوى الفكرى الذى وصفتُه فى الحالتين التوضيحيتين السابقتين (Beck, 1972 a, Beck, Laude, and Bohnert, 1974).

التصاعد اللولبى للخوف والقلق

القلق الطاغى غير المروض شيءٌ بغيض، وهو فى حد ذاته خبرة مرهوبة. قد يستشعر المرء قلقًا، على سبيل المثال، قبيل إلقاء كلمة على الملأ أو قبيل أداء امتحان ما. ويعود ذلك إلى

تهديد الخزى والفشل. غير أن الأمر لا يقف عند هذا الحد. إنه يعلم من خبرته السابقة أنه يواجه خصمين لا خصماً واحداً. إنه لا يتبارى فقط مع الألم الناشيء من تعثر الأداء، بل عليه أيضاً أن يواجه فترةً من القلق قبيل المحاولة وأثناءها. إن الرهبة من هذا القلق المبرح لا شك تضيف إلى معاناته الناجمة من الموقف المهدد ذاته.

قد يتراكم القلق أيضاً عندما يخشى الفرد من ذم الناس واستخفافهم إزاء ما قد يبدر منه على الملأ من أمارات الخوف والرهبة. مثل ذلك الرجل الذى كان يتخوف من إجراء تحليل دم، بينما كان خوفه الأكبر في الحقيقة هو من استهجان طبيبه الذى قد يعتبر خوفه من التحليل علامةً على الضعف والعُصاب. لقد كان خوفه الأولى primary fear هو من الألم الناشئ عن اختراق الإبرة لجسده ومن المعنى المرضى الذى يلحقه بعملية فقد الدم. وكان خوفه الثانوى secondary fear هو من ازدراء طبيبه له. الحق أن خوفه الثانوى هذا كان أشد من خوفه من تحليل الدم، وقد كان يحمله من قبل على تجنب أخذ مواعيد طبية. فلما حدث أن أخذ موعداً بدأ قلقه يتزايد. وكلما ازداد شعوره بالقلق تزايد فى ظنه احتمالُ إصابته بالإغماء فى مكتب الطبيب. وهذه الفكرة بدورها أفرخت مزيداً من القلق. وبذلك استتبت الحلقةُ الخبيثة واشتدت.

قد تشتد حلقة القلق المستمر بطريقة أخرى. فهذا رجل أعمال أخبره أحدُ مساعديه أن الأحوال الاقتصادية لصناعته كانت تسير إلى الأسوأ. فجعلته هذه الملاحظة قلقاً متوجساً من مصاعب خطيرة. وكلما أكبر من شأن المشكلات الممكنة وخطورتها قلت ثقته فى قدرته على مواجهتها. وكلما انحسرت ثقته فى قدراته الخاصة ازداد فى تقديره حجم المشكلات. لقد نشأ تفاعل متبادل بين تصوره للمشكلة وتصوره لقدراته. وكانت كل خطوة فى هذا التفاعل تؤدى إلى مزيد من القلق.

هناك عاملٌ آخر يؤدى إلى التصاعد اللولبى للقلق، هو الطريقة التى يفسر بها المريض حالته الوجدانية البغيضة، أعنى حالة القلق. فهو يتفحص هذه الاستجابة الوجدانية ويؤولها ويعطيها معنى، تماماً مثلما يفعل بإزاء أى مؤثر من المؤثرات الخارجية. وحيث أنه اعتاد أن يربط القلق بالخطر، فإنه يقرأ قلقَه كإشارة خطر. ومن ثَم تنشأ حلقة خبيثة أخرى: فالتفكير المحتوى على معنى الخطر يولِّد قلقاً، والتغذية المرتجعة feedback لمشعرات القلق cues of anxiety تؤدى إلى مزيد من الفكر الباعث على القلق. ويخطر للمريض: «أنا أشعر بالقلق، إذن لا بد أن الموقف خطير بالفعل».

تتجلى هذه الظاهرة بوضوح فى حالة مريضة مصابة بنوبات نقص السكر بالدم. كان الهبوط المفاجىء للسكر بالدم يؤدى بها إلى مشاعر الإغماء والارتعاش. فكانت عندئذ تفكر: «إننى عاجزة عن الإمساك بالأشياء» ← «قد أفقد السيطرة على نفسي وأقفز من النافذة أو أشرع فى الصراخ والعويل» ← مزيد من القلق. لقد كانت تستجيب لمشاعر القلق بمزيد من الاعتقاد بفقد السيطرة.

اضطراب التفكير فى عصاب القلق

ذكرنا آنفًا (الفصل الرابع) أن هناك اضطرابًا فكريًا ما فى القلب من كل عصاب. وهذا ما نجده فى حالة مرضى القلق. إن المريض نفسه يلاحظ بسهولة أن به خللاً فى التفكير الواقعي. تتالف مظاهر الاضطراب الفكرى المميزة لمريض القلق فيما يلي:

(١) أفكار متكررة عن الخطر. فمريض القلق هو دائمًا فى قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية (إنذارات كاذبة).

(٢) نقص القدرة على «مجادلة» الأفكار المخيفة. قد يشك المريض فى معقولية هذه الأفكار، ولكن قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم معاقة. ومهما بلغ هذا الشك فإن الأرجحية عنده تظل فى صف هذه الأفكار.

(٣) تعميم المؤثر stimulus generalization: يتسع مجال المؤثرات المثيرة للقلق بحيث يمكن لأى صوت أو حركة أو تغير بيئى أن يُدرَك بوصفه خطراً. من ذلك أن امرأةً فى نوبة قلق حاد سمعت بوقَ سيارة الإطفاء فحدثت نفسها «ربما شبَّ حريقٌ فى بيتى». وتخيلت أسرتها محاصَرة بالنيران. عندئذ سمعت طائرةً تحلق فوقها فتخيلت نفسها داخل الطائرة وهى تتحطم. وحين أمعنت فى تخيل الحطام تخطفها القلق.

قد تُفسَّر بعض خصائص القلق، مثل تعثر الكلام وتعطل استدعاء الأحداث القريبة، تفسيراً سطحياً. فيقال إنها ناتجة من انهيار التحكم الإرادى فى تركيز الانتباه. فإذا وجد مريض القلق صعوبة فى التركيز على مهمةٍ مباشرة (أداء اختبار أو إلقاء كلمة... إلخ) قد يبتدر إلى الحدس أن انتباه هذا المريض هو من التبعثر بحيث لا يمكنه أن يبقى لصيقًا بشيءٍ أو

موضوع معين لفترة طويلة. كذلك يسارع البعض بتفسير تشتت انتباه المريض تجاه أية مؤثرات طفيلية، فيعزوه إلى الطبيعة الشاذة لهذا الانتباه.

غير أننا حين نمعن فى الاستقصاء تبرز لنا سبيلٌ أكثر دقة فى فهم هذه الظواهر. إن مشكلة المريض لا تنجم من الطبيعة «المتقلقلة» لانتباهه بقدر ما تنجم من «التثبيت» اللاإرادى لهذا الانتباه. فالجزء الأكبر من انتباه المريض ما برح موقوفًا على تصور الخطر وإدراك «إشارات الخطر». يتجلى هذا الانتباه الموثوق فى انشغاله اللاإرادى بالخطر، وفى يقظته الزائدة تجاه المؤثرات المتصلة بالخطر، وتَفَحُّصه الزائد فى شعوره الذاتى. كل ذلك يستهلك انتباهه فلا يبقى منه للتركيز على المهام وللتذكر والتفكر إلا النزرُ اليسير. وبعبارة أخرى يمكننا القول إن مريض القلق، بسبب تثبيت معظم انتباهه على تصورات الخطر ومؤثراته، يفقد الجانب الأكبر من قدرته على الالتفات الإرادى إلى العمليات الداخلية والمؤثرات الخارجية الأخرى. هذا العجز عن التحكم الإرادى فى التركيز والتذكر والاستدلال قد يحمل المريض على الظن أنه يفقد عقله. وهى ظاهرة تعزز القلق بدورها وتدعمه.

فى مرضى الصدمة، أولئك الذين يعيدون معايشة موقف صدمى معين، تتبدى بوضوح شديد ظاهرة تزايد عدد المؤثرات القادرة على إثارة الأفكار المخيفة. شأن ذلك المحارب القديم المريض بالقلق المزمن، والذى شُخصت حالته «عصاب حرب». كان هذا الرجل تتراءى له تخيلات بصرية منغصة كلما تعرض لمثير مرتبط بخبراته فى الحرب. مثال ذلك أن صوت فرقعة (باك فاير) لإحدى السيارات، أو أية حركة مفاجئة أو تلميح إلى معركة يقرأ عنه أو يسمع به، كان أى شىء من ذلك كفيلاً بأن يثير فيه خيالات متكررة. فى هذه الخيالات كان يتصور نفسه راقداً على الأرض متعرضاً لقصف طائرات العدو. وكان الخيال نسخةً من الخبرة الفعلية التى مرت به أثناء الحرب.

شبيهٌ بذلك ما وقع لرجلٍ كان يعمل سائساً بأحد مواقف السيارات المتعددة الطوابق. فقد عانى هذا الرجل من خيالاتٍ متكررة جعلت تنتابه بعد حادث أليم. فبينما كان يُرْجِع إحدى السيارات إلى الوراء فى أحد الطوابق العليا من الموقف أفلتت مكابح (فرامل) السيارة فاخترقت «درابزين» الأمان وأخذت تترنح أماماً وخلفاً على افريزٍ ناتئٍ على ارتفاعٍ شاهق من أرض الشارع. وظلت على هذا الوضع المريع ساعةً كاملةً قبل أن يتم إنقاذ السائق. لقد بقيت الصورة الذهنية لهذه الواقعة الصدمية تنتاب هذا السائس وظلت تعاوده مراراً وتكراراً فتؤرقه وتقض مضجعه، وتُحدث فيه نفس القلق الذى أحدثته الواقعة الفعلية.

من الخصائص الأخرى لاضطراب التفكير عند مرضى القلق ذلك النزوع إلى التهويل ورؤية كارثة في كل شيء (Ellis, 1962). ففي أي موقف يحتمل مآلاً سيئًا فإن المريض ينكبُّ على أسوأ ما يمكن تصوره من عواقب لهذا الموقف. فإذا كان في رحلة بالسيارة انصب فكرُه على احتمال تحطم السيارة ووفاته في الحادث. وإذا كان يؤدي امتحانًا شغلته احتمالاتُ الرسوب. وإذا توقع وجوده في حشدٍ من الناس داخله هاجسٌ بفقد سيطرته على نفسه ثم الإغماء أو الصراخ الجنوني.

صفة التهويل catastrophizing أن يسوّي المرءُ بين الفرض والحقيقة. فيعتبر الموقف الذي ينطوي على بعض احتمالات الضرر موقفًا خطرًا بالفعل أو على درجة كبيرة من احتمالات الخطر: إن تأخرت فتاتُه عن موعدها فذاك يعني أنها قررت هَجره. وثؤلولٌ صغير بجلده يعني سرطانًا. وقصفةُ رعدٍ مفاجئة تعني أنه سوف يصعقه البرق. والغريب القادم قد يكون هجّامًا مغيرًا.

من طبيعة الأسوياء من البشر أنهم يتكيفون adapt (أو يتعودون habituate) مع المؤثرات المتوسطة الخطر بتكرار تعرضهم لها. أما مرضى القلق الشديد فلا يعرفون هذا التكيف. بل إن قلقهم ليتزايد مع كل تكرار للمؤثر. وقد تحقق لادر Lader وجلدر Gelder وماركس Marks (١٩٦٧) من ذلك بالتجربة. في تلك الدراسة كانوا يُعَرِّضون كلاً من الأسوياء ومرضى القلق الشديد لمتتابعاتٍ من الأصوات. فكان الطرفان يستجيبان في البداية بزيادة التعرق (تقاس بدرجة توصيل الجلد للكهرباء). ثم يتأقلم الأسوياء بعد ذلك مع المؤثرات وتتوقف استجاباتهم الفسيولوجية. أما القلقون فيتزايد تعرقهم باستمرار مما يعني أن قلقهم في ازدياد.

بوسعنا أن نفسر هذه الفروق في الاستجابة للمؤثرات الخارجية كما يلي: إن لدى الشخص السويّ القدرة على أن يقرر بشيء من السرعة أن المؤثر المؤذي ليس إنذارًا بخطرٍ فعلي. وهو إذ «يعنون» المؤثر بأنه صوتٌ غير ذي بال وليس إشارة خطر فإن قلقه سرعان ما يتلاشى. أما مريض القلق فهو لا يميز بين المأمون وغير المأمون ويظل يعنون الصوت كنذير خطر. إن تفكيره محكوم بمفهوم الخطر. وما ان يلقِّب مؤثرًا ما بلقب الخطر حتى يبقى الارتباط بنيه وبين مفهوم الخطر ثابتًا لا ينفصم.

ولقد لاحظنا في ممارستنا الإكلينيكية أن الشخص السويّ يغدو أكثر دقةً وأقل قلقًا كلما تمرّس بالمواقف العسيرة وعركها ـ أكانت خطابةً عامة أو معارك قتاليةً. أما مريض القلق فيزداد سوءًا بتكرار المواجهة.

يمكن أن نلخص مشكلة عصاب القلق بمجازٍ بسيط: إنه «نظام إنذار» زائد النشاط. إن مريض القلق «مُؤلَّفٌ» على احتمال الخطر منضبط عليه بحيث لا يكف عن تحذير نفسه من أخطارٍ ممكنة. إن تيار الإشارات المتدفق خلال نظام الاتصال الداخلى لديه يحمل رسالةً واحدة: «خطر». ويكاد أى مؤثر مهما كان ضعفه أن يكفى لتشغيل نظام التحذير ويبعث «إنذاراً كاذباً». وتكون نتيجة هذه العاصفة العنيفة من الإنذارات الكاذبة أن المريض يستشعر أذى فعلياً - إنه فى حالة قلقٍ دائمٍ لا يريم.

الفصل السابع

خائف بل غير خائف

الرهاب والوساوس

«ورأيتُ أن كل ما كنتُ أخشاه وكل ما كان يخيفني لم يكن هو في ذاته حسناً أو سيئاً .إنما كان كذلك بحسب ما كان العقل يراه ويتأثر به».

سبينوزا

كان يحس بأن موجةً من الدوار تغشاه، وظن أنه على شفا الإغماء. فجهد أن يحتفظ بقبضته على وعيه. وداخَلهُ في نفس الوقت شعورٌ بالغرابة والغربة ـ كأنه ليس هو! كان بطنه موجوعًا كأنه يريد أن ينفجر. والغثيان يكاد يسلمه للقيء. كان بوسعه أن يحس بنبضه يتدافع وبقلبه يخبط جدار صدره. حاول أن يأخذ نفسًا عميقًا فما استطاع. وبينما كان فمه جافًا يابسًا بدرجة مزعجة، كان سائر جسده ينضح عَرقًا. يداه ترتعشان رغمًا عنه وجسده يترنح. حاول أن يتكلم ولكن الكلمات لم تطاوعه غير جَمجَمةٍ ضئيلة لا تُبين. كانت الفكرة الرئيسية التي تعتلج في صدره هي أنه مُشرف على الموت.

هذه الصورة توحي بشخص في حالة طارئة. وهي تحتمل أن يكون هذا الشخص نهْبَ مرضٍ حاد ـ نوبة قلبية أو التهابٍ حاد بالزائدة الدودية. وتحتمل أيضًا أن يكون هذا الشخص قد حلت به كارثةٌ خارجية فهو منها في قلق غامر.

الحق أنه مريض بالرهاب، أقحمته الظروفُ في موقفٍ دأبَ أن يرتاع منه دون مبرر. إن كشْفَ هذه البنية وحَلَّ خيوطِ هذه الاستجابة الفادحة بإزاء موقفٍ مأمونٍ نسبيًا هو شيءٌ مثيرٌ في حد ذاته. فضلاً عن أنه يلقي مزيداً من الضوء على تعقُّد السلوك الإنساني وتركُّبه.

عندما سادت (موضة) تقسيم الرهابات بحسب الشيء أو الموقف المرهوب، نحت لها الأطباء المثقفون مئةً وسبعةً من الأسماء على الأقل (Terhune,1949)، بين أكثرها غرابةً: رهاب القطط ailurophobia، رهاب الأزهار anthophobia، رهاب البرق astraphobia، رهاب الرعد، brontophobia، رهاب القذر أو الجراثيم mysophobia، رهاب الظلام nyctophobia، رهاب الثعابين ophidiophibia. وقد أخذت الأشياء والموضوعات المرتبطة بالمواقف الرهابية تتغير من حقبة إلى أخرى بنفس الطريقة التي تغير بها محتوى الضلالاتDelusions. ففي القرن السادس عشر مثلاً تركزت الرهابات حول العفاريت demonphobia والشيطان Satanophobia. وعندما كان الزهري هَمًّا شائعًا في النصف الأول من القرن العشرين كان كثير من الناس يتجنبون الأشياء المتسخة والسلام بالأيدي وما إلى ذلك خشيةَ التقاط المرض، رغم علمهم أنه لا ينتقل إلا بالاتصال الجنسي.

يبرهن هذا التكاثر في أسماء الرهابات على أنه لا حَدَّ لأصناف المخلوقات والأشياء والمواقف التي يمكن أن تثير قلقًا زائداً في غير محله. فمع تقدم التكنولوجيا مثلاً ظهرت رهاباتٌ جديدة لاعهد للأقدمين بها مثل قيادة السيارة في الأنفاق ومثل رهاب المصاعد، ومثل الخوف من النشاط الإشعاعي المنبعث من ميناء ساعات اليد.

بديهى أن ليس كل خوف رهابًا. فالحق أن بيئتنا تعج بأشياء هى مصدر خطر حقيقى على الصحة وعلى الحياة. إن الناس لتلقى حتفها كل يوم فى الحوادث - السقوط من عل، تصادم السيارات، الحرائق، الانفجارات - وتعتل أو تموت بالأمراض المعدية. ومن العسير أن نتهم شخصًا بالعُصابية حين يتجنب مناطق الانفجارات أو شَرَك النار أو الأسلاك الكهربائية المكشوفة أو العقاقير السامة أو مرض الدرن أو الأسلحة المشحونة بالذخيرة. إن الذى يخشى السباحة فى بحرٍ هائج أو شرب ماءٍ ملوث أو السير ليلاً فى مناطق موبوءة بالجريمة ليس عصابيًا أو هيابًا بل إننا قد نغبطه ونطريه لتعقُّله وحصافته.

كيف نفرق، والحال على هذا الشكل من مخاطر حقيقة ومخاوف متفشية، بين الخوف السوىّ والرهاب؟ يقدم لنا أحد المعاجم القياسية للمصطلحات النفسية تعريفًا مفيداً للرهاب: «فالرهاب هو الخوف الزائد الدائم من صنف معينٍ من الأشياء أو المواقف على غير أساس صحيح أو دون أساس مقبول من جانب الشخص الذى يعانى من هذا الخوف» (English and English, 1958). فالخوف القائم على مجرد الجهل لا يصح تصنيفه كرهاب. فقد يرتاب الشخص مثلاً ويحترس من الحيوانات العجيبة الضخمة أو المعدات الميكانيكية الغريبة. يعتبر بولبى Bowlby (١٩٧٠) الخوف من المجهول أو غير المألوف «خوفًا طبيعيًا».

من المكونات الهامة للرهاب تلك الرغبة الملحة فى تجنب الموقف الرهابى، وتراكم القلق المفرط إذا اقترب الشخص من الموقف، مصحوبًا بالرغبة فى الهرب والابتعاد. وكثيرًا ما يتمكن الشخص من تجنب موضوع رهابه والعيش فى هدوءٍ نسبى، رغم ما يورثه ذلك من متاعب كبيرة وتضييق من نطاق حياته. وجدير بالملاحظة أن الشخص رغم اعترافه الصريح بلامعقولية رهابه فهو لا يملك أن يزيل هذا الخوف ولا أن يمحو تلك الرغبة فى تجنب الموقف الرهابى.

يمكننا أن نعرِّف الرهاب تعريفًا أكثر شمولاً من تعريف المعجم فنقول: «إنه الخوف من موقفٍ ما خوفًا هو، بإجماع الناس وبتقييم الشخص نفسه وهو بعيد عنه، لا يتناسب مع احتمال أو درجة الضرر الكامن فى هذا الموقف». الرهابى بالتالى يعانى من قلق زائد فى مثل هذه المواقف ويميل إلى تجنبها. وهو إذ يفعل ذلك يضيِّق حياته تضييقًا شديداً.

عندما يرغم المريض نفسه (أو تضطره الظروف) أن يتعرض للموقف الرهابى، فقد تلم به أعراض نوبة قلقٍ حاد: قلق شديد، تنفس سريع، خفقان بالقلب، آلام بالبطن، صعوبة فى التركيز والتذكر. على أن بعض المرضى يجدون كربهم أخف مما كانوا يتوقعون ولا يتناسب بحالٍ مع درجة خشيتهم وتجنبهم، فهو أشبه بشعورٍ «زاحف» منمّل قريب مما يحسه بعض

الناس فى وجود الحشرات. ورغم رد فعلهم المائع نسبيًا حيال الموقف الرهابى فقد تبقى لديهم رغبة شديدة فى تجنبه. من الواضح إذن أن الخبرة لا تروض الخوفَ المسرفَ ولاتخفف النزوع الشديد إلى التجنب عند مرضى الرهاب.

مشكلة «الخوف الموضوعى»

يصعب أحيانًا أن نرسم خطًا فاصلاً بين الخوف الواقعى والرهاب. ففى بعض الأحيان يعانى المرء من رد فعل معطِّل تجاه خطرٍ موضوعى قائم. مثل ذلك الطيار الذى يتخطفه القلق فى إحدى الطلعات القتالية. ومثل عامل الجسور المتمرس الذى يغشاه قلقٌ مُقعدٌ وهو يقترب من الجسر. ولكن تأملْ، فى المقابل، شخصًا يصيبه مثل ذلك وهو يستقل ترامًا إلى عمله، وبالتالى يفترض خطرًا أعظم فى أن يقود سيارته على طريقٍ حُرٍّ ذى معدل عالٍ للحوادث. من الأيسر كثيراً أن نقرر أن هذا الشخص يعانى رهابًا ـ هو رهاب الترام. فكلما علا القلق والعجز بالمقارنة بالخطر الحقيقى ساغ لنا أن نستخدم مصطلح «الرهاب». وبإمكاننا أن نشخص «الرهاب» على الفور إذا كان مضمون الخوف بعيدَ الاحتمال. شان ذلك الشخص الذى يتجنب كل الأنشطة الخلوية خوفًا من العواصف المكهربة المفاجئة، وتلك المرأة التى تتجنب الأنفاق والحافلات خوفًا من الاختناق.

يملك كثيرٌ من الناس قدرة خاصة على تخفيف أو إخماد الخوف من مواقف واضحة الخطورة. فكلنا يعرف ذلك الهدوء النسبى الذى يتحلى به المتخصصون فى الأعمال الخطرة: بهلوانات المشى على الحبال، مدربو الأسود، مصلحو المداخن، متسلقو الجبال. وتشير دراساتٌ تجريبية إلى أن رياضيى المظلات يخفضون من قلقهم كلما ازداد تمرسهم وخبرتهم (Epstein, 1972). كذلك يعانى الجنود المحنكون فى ميدان القتال قلقًا أقل مما يعانيه المجندون الجدد. بإمكان المعالجين النفسيين فى الغالب أن يطبقوا نفس المبادئ التى تحكم تكيف الناس بالمواقف الشديدة الخطورة كى يساعدوا مرضاهم المروَّعين بأشياء ومواقف هينة العواقب محدودة الخطر.

فى الممارسة الإكلينيكية، عادة ما تكون الرهابات من الوضوح والتحدد بحيث لاتحتاج إلى أى جهد لتفرقتها عن «المخاوف السوية». ففى معظم الحالات يلتمس الرهابى العلاج إما

لأنه يدرك أنه يعانى ويألم من مواقف لا ينزعج لها غيره من الناس، أو لأنه لم يعد يحتمل ذلك التقييد الذى يفرضه على حياته تجنبُ مثل هذه المواقف. وقد تداهم المريضَ أعراضٌ مؤلمة حين تجدُ ظروفٌ حياتية تفرض عليه مواقف كان باستطاعته تجنبها فى السابق. مثل طالب الطب الذى يرهب منظر الدم حين يكون عليه أن يشهد عمليةً جراحية.

نعلم كذلك من ممارستنا الإكلينيكية أن الرهابى الذى تروعه مواقفُ معينة قد يكون ثابتًا ورابط الجأش تمامًا فى مواقف أخرى تسبب لغيره قلقًا شديداً. فهذا على سبيل المثال مريضٌ لم يكن يهتز له جفنٌ حين يلقى كلمة فى حشدٍ عام وكان يستطيب أن يتحدث إلى عدد كبير من النظارة. غير أنه كان يهلع ويرتاع إذا ما زحف عليه صرصور أو حشرة أخرى صغيرة. وكان يتملكه قلقٌ بالغ كلما انفرد فى منزله ليلاً خشية أن تهاجمه الحشرات. وقد ألجأه هذا الرهاب إلى طلب العلاج.

النظام الاعتقادى الثنائى

يتضمن التراث الإكلينيكى كثيراً من التوكيدات والاعتقادات الجازمة التى تشوش فهمنا للرهاب. فمن الصياغات المضللة مثلاً أن نقول إن الرهابى يعلم ويدرى أن ليس ثمة خطر. يقول فريدمان Friedman (١٩٥٩) على سبيل المثال إن الرهاب هو « ذلك الخوف المتعلق بأشياء أو مواقف ليست مصدراً لخطرٍ موضوعى أو، بتعبير أدق، يعلم الشخص أنها ليست مصدر خطر (ص ٢٩٣) ». هذه التوكيدات تجعل الرهاب يلوح أكثر غموضًا مما هو عليه بالفعل. فهل صحيح أنه ليس هناك مصدر خطر فى الموقف الرهابى؟ هل صحيح أن المريض حين يكون فى الموقف الرهابى بالفعل يكون على قناعة حقيقية بأن ليس ثمة من خطر؟

حين نفحص محتوى الرهاب نجد أن الخوف قلما يكون غريبًا أو منافيًا للعقل. تأمل مثلاً أولئك المرضى الذين يعانون رهابًا من السّبْح فى الماء العميق، أو من الأكل فى مطاعم غير مألوفة لهم، أو من عبور الجسور، أو من الاجتياز خلال الأنفاق، أو من ركوب المصاعد. هل ينكر أحدٌ أن هناك شيئًا من المخاطرة فى كل من هذه المواقف؟ كلنا نعلم أن الناس تغرق بالفعل وأنهم يموتون بالأطعمة الملوثة أو الماء الملوث، وأن الجسور والأنفاق تنهار والمصاعد تتعطل. ثَمَّ خطرٌ لا شك فيه بحيث لا يصح أن ننعت أحداً بالرهاب إلا إذا كان مغاليًا إلى

حد بعيد في تقدير احتمالات الضرر وكان ما يغشاه من كرب لا يتناسب مع الخطر الفعلي .

كذلك يحتمل إلقاء الخطب أو دخول الامتحانات مخاطر الأذى النفسي . إن من حقائق الحياة أن الناس يقسون على زميل لهم يرتبك في حديث عام ويجرحون شعوره . ومن حق أن الامتحان ينطوي على خطر الرسوب وبالتالي على الرفض والخزي والكرب . كذلك لا تخلو الرهابات المتعلقة بالمواقف التي تحتمل أذى اجتماعياً من عنصر خطر حقيقي .

حين نتمعن في بعض الرهابات الأكثر شيوعاً نجد أن كثيراً منها يجسد مخاوف منتشرة بين الأطفال في مراحل مختلفة من نموهم . وسوف نرى حين نستعرض نشوء الرهابات أن كثيراً منها ينتج من مخاوف يشيع وجودها في سن الطفولة . غير أن معظم الأطفال يتعملون أن يتغلبوا على الخطر المحتمل وبذلك يتخطونه ويتجاوزونه .

ما يزال علينا أن نعلل لبعض ألوان الرهاب التي لا يبدو أنها تنطوي على أي عنصر من الخطر على المريض . مثل ذلك القلق العنيف الذي يعتري البعض لدى رؤية شخص آخر يُصاب أو ينزف أو تُجرى له عمليةٌ جراحية . تسفر هذه المخاوف عن نفسها بين العاملين بالمستشفيات ، كالأطباء والممرضات ، ممن تدفعهم ظروف عملهم إلى مثل هذه المواقف ولا حيلة لهم في التهرب ، فتعتريهم الأعراض النموذجية للقلق كما فصّلناها آنفاً . وإذا كان معظم هؤلاء يتمرسون بتلك المواقف بمرور الزمن ويزدادون ثباتاً وصلابة ، فإن بعضهم يظل على رهابه مهما تعرض لتلك المواقف .

نجد الإجابة على هذا اللغز إذا لاحظنا أن مثل هذه الرهابات تنطوي على درجة عالية من « تقمص الضحية » identification with the victim . فعند سؤال المريض تتجلى لنا آلية التقمص واضحةً صريحة : إن بإمكانه أن يستدعي صورة بصرية أو حسية أو شكلاً ما من المعرفة cognition التي تشير إلى أنه يتفاعل مع الحدث كما لو كان هو « الضحية » . فهذا طالب طب يشهد عملية جراحية فتتسلط عليه صورة بصرية يرى فيهانفسه على طاولة العمليات (انظر الفصل الثالث) . وهذا طبيب مقيم يقوم بعملية بزْل قَصُّيّ (وخز عظم الصدر) sternal puncture[1] لأحد المرضى فيحس ألماً في عظم صدره هو . وهذه ممرضة تلاحظ مريضاً ينزف من تهتك laceration بالجلد فتحدث نفسها « تُرى ماذا كنتُ أشعر لو كنتُ أنا التي تنزف ؟ » ، ثم يغشاها الدوار والإغماء (تماماً كما لو كانت تفقد دماً) .

هناك أشكال أخرى من الرهاب تتعلق بإثارة خيال بصري . فهذا واحد من مرضاي كان

يتجنب الذهاب إلى جانب معين من المدينة سبق أن وقع له فيها حادث سيارة. وبسؤاله علمت أنه كلما اقترب من تلك المنطقة الجغرافية عاده خيالُ الحادث القديم واستبد به قلقٌ حاد. وهذه امرأة كان ينخلع قلبها لرؤية القوارب (أو حتى صورة القوارب) وتبيّنَ أنها تعانى من رهاب الماء. فكلما صادفت مؤثراً يذكّرها بأنها فى الماء تراءى لها خيالٌ قوى بأنها تغرق.

تشير تقارير الرهاب إلى خصلة هامة يتسم بها المريض، هى أنه يستجيب للموقف الرهابى وفقَ دراما داخلية. فحين يقترب أحد مرضى رهاب المرتفعات من حافة منحدر تتخطفه خيالاتُ السقوط وأفكاره. وربما أحس بجسمه يميل تجاه الحافة. وقد يلاحظ من يراه أنه قد بدأ يترنح.

هنا يبدو لغز الرهاب وقد ازداد عمقاً: فكثيراً ما يقول المريض حين يكون بعيداً عن المؤثر المخيف «أعرف أنه ليس هناك خطرٌ حقيقى، وأعلم الآن أن خوفى عبثٌ وسخف..». كيف نفسر إذن هذا التناقض فى استجاباته؟

بوسع المريض أن يقدم لنا الإجابة. فليس ما يمنع أن يكون لدى شخصٍ ما تصوراتٌ واعتقادات متناقضة تماماً فى ذات الوقت. فحين يكون المريض بعيداً عن الموقف الرهابى فإنه يعتنق مفهوم السلامة النسبية وقلما يعى أن لديه فكرة الخطر. فإذا ما شارف الموقف الرهابى فإن فكرة الخطر تزداد وتتنامى إلى أن تهيمن تماماً على تقديره للموقف. إن اعتقاده يتبدل من مفهوم «إنه مأمون» إلى مفهوم «إنه خطر».

لقد تحققتُ من هذه الملاحظة مراتٍ عديدة فكنتُ أطلب من مرضى الرهاب تقدير احتمالات الضرر. فلم أعدَمْ مريضاً يقدرها بصفر حين يكون بعيداً عن الموقف الرهابى. فإذا قاربه تغيرت الأرجحية odds(*) فإذا هى عشرة بالمئة، ثم خمسون بالمئة، حتى إذا دخل أخيراً فى الموقف الرهابى فربما اعتقد أن الضرر واقع بنسبة مئة بالمئة.

فى حالات رهاب الطائرات، كنتُ أسأل المرضى أن يدونوا احتمالات الخطر المحيق الذى يتوقعونه عندما يكونون بالطائرة. فحين لم تكن لدى المريض نية الطيران فى المستقبل المنظور كان يحس أن فرص تحطم الطائرة هى واحد إلى مئة ألف أو واحد إلى مليون. وبمجرد أن عقد النية على السفر جواً قفزت احتمالات الحادث فى تقديره. وحين اقترب وقت الطيران

(*) الأرجحية odds تعنى (فى حساب الاحتمالات) نسبة النجاح إلى الفشل. وهى غير الاحتمال Probability الذى يعنى نسبة المحاولات الناجحة إلى المجموع الكلى للمحاولات. «المترجم».

جعلت الاحتمالاتُ تزداد باستمرار. ولحظةَ أقلعت الطائرة بلغت فرصُ الحادث خمسين إلى خمسين. فإذا ما كانت الرحلة وعرةً كثيرة المطبات فربما تجاوزت الأرجحية مئةً إلى واحد لصالح تحطم الطائرة.

وقد قمتُ في مناسبات عديدة باصطحاب المرضى إلى المواقف الرهابية (مثل ارتقاء دَرَج أو النزول في الماء أو الصعود في مصعد) فأمكنني التحقق من مسألة تزايد توقعات الضرر. ولاحظتُ أن كثيراً من المرضى ينتابهم شعورٌ شبيه بما هم متوجسون من حدوثه. فعندما اصطحبتُ امرأةً مريضةً برهاب المرتفعات إلى قمة أحد التلال وجدتُ أنها بدأت تشعر بالدوار ثم تترنح ثم أحست كأن قوةً ما تشدها صوبَ الحافة. وعندما كانت في الطابق الأربعين من إحدى ناطحات السحاب أحست أن الأرض تميل بزاوية حادة. ولازمتُ امرأةً أخرى مصابة برهاب الماء فوجدتُها نَهْبَ تخيلٍ بصرى لنفسها وهي تغرق رغم أنها لم تكن جاوزت الشاطئ، فأخذَتْ تلهث كأنها تغرق بالفعل. كذلك المريض الذى كان مهموماً بأن تصيبه نوبة قلبية وهو بمعزلٍ عن الخدمة الطبية، فكان دائم الإحساس بألمٍ فى صدره. تمثل هذه الحالاتُ وأضرابُها ظاهرة «التصور الجسدى» somatic imaging التي سوف نعرض لها فى الفصل القادم.

ومن الأهمية بمكان أن نعرف أن التعرض الشديد لموقف رهابى أو التعرض المتكرر لعدد من المواقف الرهابية المختلفة قد يُرَسِّب حالة عصاب قلق حاد.

إن الميل إلى تبنى اعتقادين متضاربين عن موضوعٍ واحد ليتمثل فى أوضح صوره فى حالات الرهاب. غير أنه يوجد أيضاً فى بقية الاضطرابات الانفعالية. ففى هذه الاضطرابات، كما فى الرهاب، يكون أحد المفهومين أقرب إلى البدائية واللاواقعية، ويكون المفهوم المضاد أكثر نضجاً وواقعية. وحين يتغلب المفهوم اللاواقعى فإن بقية علامات العصاب، مثل الكرب الانفعالى، تكون حَرِيّةً بالظهور.

الجوهر الفكرى للرهاب

مم يخاف مريض الرهاب على وجه التحقيق؟

لقد دأب المرضى على أن يعنونوا مشكلتهم بحسب المواقف التى تبعث القلق ـ الأمر الذى

أوقع كثيراً من الكتّاب فى شَرَك سيمانتى. فافترضوا مثلاً أن المريض إذا قال إنه يخشى الأماكن المزدحمة - دون أن يسألوه المزيد - فذاك يعنى أن مصدر خوفه هو الموقف نفسه، أى الأماكن المزدحمة. وإذ تبدو هذه المواقف فى الغالب حميدةً مأمونة فقد أقام هؤلاء الكتّاب تفسيرات ملتفة يفسرون بها ذلك الخوف. تلتقى التفسيراتُ التى قدمها كل من التحليليين psychoanalysts والسلوكيين behaviorists فى نقاط عديدة سنعرض لها هنا باختصار.

يؤكد المعالجون السلوكيون أن الرهابى ليس خائفًا من المرتفعات أو المصاعد أو الجياد لخطرٍ داخلى صميم فى الموضوع المرهوب. ويقترحون نظريةً فى الرهاب تقوم على «الإشراط الطارئ» accidental conditioning يفترض ولبه wolpe (١٩٦٩) مثلاً أن كل رهاب إنما ينشأ بالشكل التالى: أولاً: يطرأ حدثٌ مخيفٌ ويؤلّدُ قلقًا. يوجد مؤثر آخر (محايد) إبان، أو قبيل، الحدث المخيف. ثانيا: يصبح المؤثر المحايد مرتبطًا بالقلق من خلال هذا التداعى العارض. فيما بعد: يصبح الشخص قلقًا فى وجود المؤثر «المحايد». أى يعانى من رهاب هذا المؤثر. يفترض التحليليون أيضًا صلةً غير مباشرة بين مصدر الخوف من جهة والمحتوى الخاص للخوف الذى يَخْبُرُه المريض من جهةٍ أخرى. فالشخص فى زعمهم يقوم بإزاحة displacement خوفه الحقيقى إلى موضوع خارجى ما (حميد غير مؤذٍ). ففى حالات الرهاب كما يقول فرويد (١٩٣٣) «يكون من السهل جداً أن نلاحظ الطريقة التى يتحول بها الخطر الداخلى إلى خطر خارجى» (ص ٨٤). مثال ذلك تلك المرأة التى تكنٌّ فى نفسها خيالاتِ بغاءٍ لا شعورية. وحيث أن هذه الخيالات المحرمة تثير القلق فإنها تقوم بتحويل (إزاحة) خوفها من أن تصير عاهرة إلى خوفٍ آخر أكثر قبولاً من المجتمع، فتعانى من رهاب الشارع (Snaith, 1968).

لماذا يلجأ الكتّاب لمثل هذه التفسيرات الملتوية؟ يبدو لى أن ذلك يرجع، فى جزء منه، إلى فكرة أن خوف المريض هو من التمحُّل والشطط بحيث يتحتم أن يكون مرتبطًا بشىء آخر أو مستمداً من مصدرٍ ما هو الذى يهدد أمنه وقيمه. غير أنك إذا سألت المريض فإن خوفه لا يلبث أن يتضح ولا يعود عبثًا ولا معقولاً إلى هذا الحد. هذه فتاة مراهقة، على سبيل المثال، راجعت إحدى العيادات النفسية بسبب خوفها من تناول الأطعمة الصلبة. كان والداها وطبيبها الباطنى قد اعتبروا أن خوفها لامعقول ولم يحاولوا التحقق مما تخاف منه بالفعل. ذكرت هذه الفتاة أثناء المناظرة (المقابلة) النفسية أنها تخاف من أن تغص بالطعام حتى الموت. فقد حدث أن غصَّتْ بقطعة كبيرة من اللحم قبل بضع سنوات فلم تستطع أن تلتقط

أنفاسها وظنت أنها ستموت. وصارت بعد هذه الواقعة حساسةً بشكلٍ خاص لما يُرْوَى عن أناسٍ غصوا حتى الموت، فكان هذا يدعم خوفها ويُذْكيه. حين ننظر إلى خوفها في هذا السياق يغدو مفهومًا مبررًا ونكون في غنى عن البحث عن تفسيراتٍ أخرى ملتفة غير مباشرة. ويتبين لنا فضلاً عن ذلك أن مصدر قلقها ليس في تناولها الطعام الصلب بحد ذاته، بل في توقعها للغصة والاختناق.

وعندما نسأل بعنايةٍ مرضى الرهابات الأخرى يتضح أيضًا أنهم ليسوا خائفين من موقفٍ معين أو من شيء في حد ذاته، بل من «عواقب» consequences وجودهم في ذلك الموقف أو اتصالهم بذلك الشيء: فمريض رهاب المرتفعات يشير إلى أنه خائف من السقوط، ومريض الرهاب الاجتماعي يفيد أنه خائف من أنه سوف يُمتَهَن أو يُرْفَض.

هناك عدد لا حصر له من الرهابات المختلفة بحيث يصعب تصنيفها. ويشير عددٌ من الدراسات الإحصائية للمخاوف والرهابات أثناء الطفولة إلى أنها تنحصر في ثلاث فئات كبرى:

(١) مخاوف قائمة على أخطار من صنع الإنسان man-made كالخوف من أن يُهاجَم المرءُ أو يُختطَف أو تُجرى له عمليةٌ جراحية.

(٢) أخطار طبيعية أو خارقة للطبيعية مثل الرعد والبرق والأشباح.

(٣) مخاوف تعكس ضغوطًا نفسية ـ اجتماعية مثل الخوف من الامتحانات، والخوف من إغضاب الآخرين، والخوف من الانفصال عن الوالدين (Miller et al.,1972) وتحتمل الفئة الأولى والثالثة الاستمرار إلى مرحلة الرشد أكثر من الفئة الثانية. ولكي نفي بمقاصدنا الحالية سوف نطلق على توقع الأذى الجسدي أو الموت اسم «المخاوف الجسمية»، وعلى توقع الأذى النفسي (الخزي والإحباط والوحدة والحزن) اسم «المخاوف النفسية ـ الاجتماعية». آخذين في الاعتبار أن كثيراً من الرهابات يتضمن عناصر من كلا الصنفين.

بناءً على حالة ٦٠ رُهابيًا يتلقون العلاج النفسي وعلى دراسة منهجية لمرضى الرهاب قامت بها جماعتنا البحثية أمكننا أن نحدد خوفًا مركزيًا معينًا لكل رهاب(Beck and Rush, 1975) . جاءت هذه النتائج متمشية مع نتائج باحثين آخرين قاموا بمحاولة تحديد محتوى الخوف من خلال المناظرة الإكلينيكية الشاملة (Feather, 1971). وقد انكشف الجوهر الفكري للرهاب في كل حالة من خلال تقرير المريض نفسه ولم يعتمد على استدلالٍ أو تأمل نظري كشأن النموذج التحليلي.

ثم ملاحظة جديرة بالانتباه. فرغم أن الطبيعةَ العامة للرهابات الخاصة specific phobias قد تبدو واحدة فإن مكوناتها المركزية تختلف اختلافًا كبيرًا من حالة إلى أخرى. ومهما يكن من أمر تلك الاختلافات فإن من المفيد أن تحدد ضروبَ المخاوف الأكثر تواترًا في قلب الرهابات الشائعة التي نقابلها في الممارسة الإكلينيكية. إن قائمة الرهابات الخاصة ليست شاملة بأي حالٍ من الأحوال، ونحن نوردها لكي نوضح الجوهر الفكري للرهابات النموذجية قبل أي غرض آخر.

الخوف من الأماكن المفتوحة agoraphobia

نَحَتَ وستفال Westphal عام ١٨٧٢ مصطلح أجورافوبيا الذي يعني حَرفيًا «الخوف من السوق». وفي كتابه «الأجورافوبيا» يصف وستفال الأعراض التالية: «.... استحالة السير في شوارع أو ميادين معينة وإلا اعتراه قلقٌ مرعب... يزداد الكرب زيادة كبيرة في تلك الساعات التي تكون فيها تلك الشوارع المرهوبة خالية والدكاكين مغلقة... يجد المرضى راحةً كبرى في اصطحاب غيرهم أو حتى في اصطحاب أشياء مادية مثل عربة أو عصا». ويدرج ماركس (Marks, 1969) في هذا الأضطرابِ العديدَ من الرهابات كالخوف من الإغماء على الملأ، والخوف من الأماكن المزدحمة، والأماكن المفتوحة الواسعة، وعبور الجسور والشوارع.

وحين تستخبر مريضَ الأجورافوبيا تجده في أمثل الأحوال يعرب عن خوفٍ من كارثةٍ ما سوف تحيق به وهو بعيد عن مأمن بيته وحيث لا أحد يَخفُّ لمساعدته. وبالتالي فهو يرتاح لوجود شخصٍ ما يراه قادرًا على تقديم العون له إذا ما أصابته أزمة جسمية حادة. إنه، بعامة، يزداد خوفًا كلما ابتعد عن مصدرٍ معينٍ للمساعدة الطبية. ويعرب بعض المرضى عن خوفهم من الوحدة الشديدة، وخوفهم من أن يتوهوا، وكان وجودهم في مكان غريب بمفردهم قد يفصلهم عن أصدقائهم وأسرتهم إلى الأبد. وهناك مرضى يخافون من الشوارع المكتظة بالغرباء، لأنهم يخشون أن يفقدوا سيطرتهم على أنفسهم فيتعرضوا للمهانة الاجتماعية. فقد يخشى المريض أن يُغْمَى عليه أو أن يشرع في الصياح الجنوني أو يتغوط دون إرادة فيكون موضع سخرية. الخوف من فقد السيطرة إذن متصلٌ بالخوف من الرفض الاجتماعي وممتزجٌ به.

الخوف من المرتفعات acrophobia

يتجلى هذا الرهاب الشائع عندما يكون المريض فى طابقٍ عالٍ من أحد المبانى أو عندما يكون على تل أو جبل. ويشكو كثير من هؤلاء المرضى أيضاً من خوفهم من الوجود بالقرب من حافة جسر أو فى خطوط الأنفاق. يتعلق الخوف هنا عامةً بهاجس السقوط والإصابة الخطيرة أو الموت. فمن المرضى من تتسلط عليه خيالاتٌ بصرية تتضمن السقوط وربما أحس جَسَدُهُ بالسقوط وإن تكن قدماه راسختين على الأرض. ومنهم من يتوجس رعباً من أن تتلبس به رغبة قاهرة شاذة إلى القفز. بل إن البعض لَيشعرُ بقوة خارجية تجذبة إلى حافة المرتفع. هذا الإحساس بالسقوط أو الانزلاق والتردِّى هو مثال من أمثلة « التصور الجسدى » somatic imaging. ويشكو كثير من مرضى رهاب المرتفعات من الدوار. وهو دوار قد يكون مظهراً فسيولوجياً للقلق وقد يكون تعبيراً عن « التصور الجسدى » وشكلاً من أشكاله.

ينضوى الخوفُ من الشرفات والدرَج والسلالم المتحركة تحت رهاب المرتفعات، من حيث إن الخوف فيها هو من السقوط. وغالباً ما يكون هذا الاحتمال بعيداً جداً لأن هناك حاجزاً واقياً (درابزين) يؤمِّن الشخص أو لأنه بعيد عن الإفريز بما يكفى لنفى هذا الاحتمال. من أمثلة ذلك تلك المرأة التى كانت تخاف من السلالم ولا تشعر بأمان إلاإذا بلغت مُنْبَسَطَ السلّم شريطةَ ألا تكون بقربها نافذة. فإن تصادف وجود نافذة كبيرة تملكها الخوف من السقوط واستبد بها.

الخوف من المصاعد

رغم أن الخوف من المصاعد يبدو هين الأمر نسبياً فإنه قد يعيق المرء إعاقةً جسمية فى زمننا هذا - زمن الأبراج الإدارية والشقق السكنية. تصل هذه الإعاقة بالبعض إلى حد العجز عن تجاوز عدد معين من الطوابق صعوداً بالمصعد، وإلى حد أن يصبح هذا الخوف هو الذى يُملِى عليهم اختياراتهم لأماكن عملهم ومعيشتهم وزياراتهم. يتضمن المحتوى الشائع لهذا الرهاب الخوفَ من انكسار الكابلات وتحطم المصعد. وتتكون لدى الشخص فكرةٌ استقرابية عن عدد الطوابق التى يمثل ارتفاعُها خطراً ويبلغ خوفُه الذروةَ عندما يصل إلى هذه النقطة (الدور

الثانى أو الثالث عادةً وإن كان البعض ليفزع من مجرد تجاوز الدور الأرضى) . ويتركز الخوف عند البعض على احتمال تعطل المصعد بين الادوار مما يؤدى إلى استحالة فتح الباب وبالتالى إلى انحباسهم وموتهم صَبرًا . والبعض يخشى بالأكثر من الاختناق من جراء نقص الهواء . ويغلب على هؤلاء أن يعانوا من رهاباتٍ أخرى تنصب على الخوف من نقص الهواء (كالخوف من الأماكن المغلقة والزحام والأنفاق) .

وقد يتفق للبعض أن يعانى من خوفٍ جسمى مقرونٍ بخوفٍ إجتماعى شبيه برهاب التجمعات . فقد كان أحد المرضى على سبيل المثال يخشى بالدرجة الأساس من أن يُغمى عليه فى المصعد ويتعرض بالتالى للحرج ؛ ولم يكن هذا الخوف ينتابه إلا فى وجود أشخاص آخرين بالمصعد .

الخوف من الأنفاق

يشبه الخوف من اجتياز الأنفاق سائر ضروب الخوف من الأماكن المغلقة . فهناك خوف من أن يختنق الشخص لنقص الهواء ، أو أن ينهار النفق فيدفن حيًا أو يُقتَل تحت الأنقاض . هكذا نرى مرة أخرى أن الخوف ليس وليد شيءٍ غير معقول بل شيء بعيد الاحتمال . حين يكون المريض مجتازًا خلال النفق (أو متواجداً فى مكانٍ مغلق) فقد يشعر بقصر النفس كما لو أن صدره ضيقٌ حرج (التصور الجسدى) .

الخوف من السفر بالطائرة

هل يُعد الشخص الذى يتجنب السفر بالطائرة رهابيًا بالضرورة ؟ تلك مسالة تبقى موضع خلاف . غير أن بعض الناس يصل قلقه من السفر بالجو - حتى لضرورةٍ علاجية - درجةً من العنف تسوّغ أن نسميه رهابًا . ورغم أن الخوف ينصب فى معظم الحالات على فكرة تحطم الطائرة ، فقد يقوم هذا الرهاب على ألوانٍ أخرى من الخوف . فهذه امرأةٌ مثلاً لم تكن تخشى من احتمال تحطم الطائرة بل من احتمال حدوث خللٍ فى الإمداد الهوائى بالطائرة بحيث

تموت اختناقًا. وهذا مريض آخر هاجسه الأكبر هو فقدان السيطرة في المواقف الاجتماعية، فكان تخوُّفه هو من أن يقيء في الطائرة فيبدو ضعيفًا دونًا ويكون هدفًا للامتعاض والسخرية.

وقد وجدتُ في عددٍ من الحالات أن منشأ الخوف من الطيران يعود إلى حدث صدمي حقيقي سبق وقوعه في رحلة ماضية، وأن هؤلاء كانوا يطيرون في السابق دون قلقٍ يُذكر إلى أن مروا برحلة صادمة بسبب الطقس السيء أو الأعطال الميكانيكية.

الرهاب الاجتماعي

يمثل هذا الرهاب صورةً كاريكاتوريةً لتلك الأفضلية التي يضعها مجتمعنا المعاصر للجاذبية الاجتماعية، وكراهة الاستهجان الاجتماعي وفقدان الشعبية. من شأن هذه التوكيدات والتشديدات الاجتماعية أن ترغم الفرد على مجاراة الجماعة والانصياع لمعاييرها. فما من طالب إلا مَرَّ في حياته بنوعين من المواقف التي تجسد ذلك الخوف من الأداء المستهجَن. الأول هو الخوف من الامتحانات، ويطلق عليه مصطلح « قلق الاختبار » test anxiety ، وقد يبعث من الكرب والإعاقة والتثبيط ما يبرر تسميته رهابًا. فقد يبلغ خوف الطالب من الرسوب مبلغًا يعيق سيطرته على وظائف فكرية معينة كالفهم والتذكر والتعبير.

من الطريف هنا أن نشير إلى أننا حين نعلن الطلاب أن درجات الامتحان لن تُسجل أو أن بإمكانهم تقديم ورقة الإجابة غُفْلاً من الاسم فإن قلقهم يهبط إلى أدنى حد (Sarason, 1972 b). تدلنا هذه الملاحظة على أن الطالب لا يخشى من الامتحان ذاته، بل بالأحرى من جرائر الأداء الهابط في الامتحان.

الحديث العام public speaking هو « بعبعٌ » آخرُ للطلبة والحالة التاليةتعرض رهابًا نموذجيًا يتصل بالحديث العام: فهذا طالب جامعي جاء يلتمس العلاج بسبب الكرب الشديد الذي اعتاد أن يرين عليه لأيامٍ عديدة وربما لأسابيع قبل أن يلقي كلمةً أمام الفصل كلما كان عليه أن يفعل ذلك. كانت تراوده خلال هذه الفترة أفكارٌ من قبيل « سوف يكون أدائي ضعيفًا »، « سوف أبدو مرتبكًا »، « لن أكون قادراً على النطق ». كانت هذه الأفكار تثير فيه القلق والرغبة في التنصل من هذه المهمة. وحين يكون هذا الطالب منخرطًا بالفعل في

الحديث العام يكون فكره نهبًا لتيارٍ متصل من الأفكار مثل: «إننى أبدو متوترًا.. إنهم ضجرون مما أقول.. إنهم يروننى ضعيفًا دونًا.. حين أفرغ من هذه الكلمة لن أغفرها لنفسى ما حَييت». ليس من المستغرب، نظرًا لهذه الأفكار السلبية المتسلطة، أن يشعر هذا الطالب فى نفسه بالتوتر والضعف أثناء إلقاء كلمته وأن يجد صعوبةً فى التركيز أثناء حديثه.

تنصب الرهابات الاجتماعية على أمور من قبيل المحبة أو الكراهية، القبول أو الازدراء، الإعجاب أو الاستهزاء، ومقدار ما يحظى به الشخص من هذه الاستجابات الاجتماعية. إن التقييمات الاجتماعية السلبية تثير فى المريض مشاعر أليمة، مما يجعله متخوفًا من الظهور بمظهر الأحمق أو العَيىّ أو الضعيف. يسمى هذا اللون من التخوف «تخوّف التقييم» evaluation apprehension. وتختلف المواقف التى تثيره بين شخصٍ وآخر. فمن الناس من يخشى جميع المواقف البينشخصية التى تنطوى على أدنى احتمال لأن يكون موضع تقييم أو حكم. ومنهم من ينحصر خوفه فى مواقف محددة. ومهما يكن من أمرٍ فمن المؤكد أن خوف الشخص قائم على رد فعل الآخرين تجاهه. فهذا مريض على سبيل المثال كان يعانى من رهاب اللقاءات الاجتماعية ويتجنب من ثم حضور الحفلات. وتبين أن خوفه الأكبر هو من أن يبدو مَعيبًا دميمًا مفتقرًا إلى اللياقة الاجتماعية.

من الأشكال الغريبة بعض الشىء من الرهاب الاجتماعى ذلك الخوف من فقد السيطرة على السلوك. فالمريض بهذا اللون من الرهاب قد يكون متخوفًا من احتمال أن يسلك بطريقة اندفاعية غير مقبولة: فيشرع مثلاً فى الصراخ دون مبرر، أو يفقد التحكم فى بعض الوظائف الفسيولوجية فيقىء دون إرادة منه أو يتغوط أو يبول أمام الملأ. من شأن هذا الخوف أن يحمله على تجنب المواقف التى يحتمل فيها أن يحدث هذا التفلُّتُ وأن يكون ملحوظًا من الآخرين.

صفوة القول أن مريض الرهاب الاجتماعى هو شخص خائف من أن يأتى أداؤه فى موقف معين دون المستوى الذى وضعه الآخرون أو وضعه هو لنفسه: إن أداءه الهابط سوف يقيَّم سلبيًا، وهو من ثَم يتوقع لنفسه أن يكون موضع نقد ورفض من جانب الآخرين. وهناك ألوان أخرى من الرهاب الاجتماعى (مثل قلق الاختبار) تقوم على توقع المريض بأن يحرمه أداؤه السيىء من أن يحقق أهدافه كأنْ ينال جائزة أو يحظى بشعبية أو يباشر عملاً مهنيًا ناجحًا.

تعدد المعانى: رهاب صالون الحلاقة

كثيراً ما تحمل الأعراضُ المتماثلة فى الظاهر معانىَ مختلفةً فيما بينها أشد الاختلاف. وقد تجلى ذلك فى دراسة قام بها ستيفنسون وهاين عام ١٩٦٧ (Stevenson and Hain, 1967) فتبيَّنا فى نفس اللون من الرهاب (رهاب صالون الحلاقة) أصنافًا مختلفة من المخاوف. دأبَ أحد المرضى، على سبيل المثال، على أن يهرب من الصالون إذا أشرف دوره على المجىء. وقد تبين أنه يعانى أيضاً من خوف من مواقف أخرى مثل حضور الكنيسة أو قاعات الاستماع بالمدرسة إذا اكتظت بالحاضرين... إلخ. لقد كان خوف هذا المريض متعلقاً بالتفرُّس الاجتماعى. فهو يخشى أن يكون مَحَط الأنظار، ويتحرج من أى موقف يكون فيه سلوكه موضعَ ملاحظةً أو تَفَحُّص.

وكانت مشكلة مريض آخر هى أنه لا يتحمل الانتظار الذى تقتضيه مهمة الحلاقة. وكان أيضاً لا يصبر على الاختناقات المرورية. وهناك مرضى تثير قلقَهم ملازمةُ كرسى الحلاقة. إن جوهر مشكلتهم هو تخوفهم من التقيد والعجز عن الهروب، فهم يحسون أثناء الحلاقة بأنهم أشبه بالمساجين.

وكما هو متوقع، يقوم رهاب الحلاقة عند البعض على الخوف من التشوه بالآلات الحادة التى يستخدمها الحلاق. ومن الاستجابات النادرة لموقف الحلاقة ما وصفه أحد المرضى من أنه يتحرج من احمرار وجهه عندما يَمْثُل على كرسى الحلاقة، ومن أن يكون ذلك ظاهراً بحيث يجعله موضع سخرية.

العنصر المشترك فى الرهاب المتعدد

يعانى كثيرٌ من المرضى من مجموعة متنوعة من الرهابات لا يربط بينها فى الظاهر أى رباط. إلا أن بإمكاننا دائماً أن نعثر على تيمة مركزية واحدة تجمع هذه الرهابات التى تبدو متباينة على السطح. هذه التيمة تتعلق دائماً بخوف محدد من عواقب التواجد فى هذه المواقف. وهو خوفٌ واحد وعواقب واحدة على تعدد المواقف وتفاوتها الشكلى.

فهذه امرأة كانت تخاف من السفر جواً، ومن الرقود على الشاطىء فى يوم حار، ومن الوقوف فى الأماكن المزدحمة، وركوب سيارة مكشوفة فى يوم عاصف، وركوب سيارة مغلقة، ومن المصاعد والأنفاق والتلال. حين أخذنا فى تحديد سبب الخوف فى كل موقف من هذه المواقف لم يصعب على الإطلاق أن نجد بينها قاسماً مشتركاً. ذلك هو احتمال الاختناق فى كل حالة منها والذى يستند عند هذه السيدة إلى خرافات معينة وإلى اعتقادات شعبية (إلى جانب الاحتمال الحقيقى بالطبع).

الخوف المركزى فى حالة هذه السيدة هو الحرمان من الهواء. فالأماكن المغلقة محدودة التهوية، والرياح الشديدة (كما سمعَتْ فى طفولتها) تسحب الهواء عن فمك، والحر الشديد يقطع الأنفاس، وركوب الطائرة ينطوى على احتمال أن تُثْقَب القمرة المكيفة للضغط مصادفةً فينفد الأوكسجين.

وقد اكتشفنا أيضاً أن لديها خوفاً كامناً من الماء أمكنها تفاديه باصطحاب شخص ما كلما ذهبت للسباحة ليكون متهيئاً لإنقاذها إذا لزم الأمر. ذاك مثالٌ يبين لنا أحد الأسباب الرئيسية لاعتمادية الرهابيين وتعويلهم على الآخرين: إنهم يَنشدون توافر الإنقاذ إذا ما وقع الحدثُ المرهوب.

يروى فيذر Feather (١٩٧١) عن مريض آخر كان يخاف من الأبواب الدوّارة ومن قيادة سيارته ومن إفشاء أسرار العمل. وكان فوق ذلك يقوم بطقوس معقدة حين يتناول دواءه. لقد كان العنصر المشترك اللافت للنظر فى كل هذه الأعراض هو خوفه من أن « يضر الآخرين » : أن يدهس بسيارته أحد المشاة، أن يؤدى إفشاء المعلومات إلى حوادث مفجعة للطائرات، أن الباب الدوار قد يخبط شخصاً آخر، أن سهوه عن دوائه قد يفضى إلى أن يتناوله مريض آخر بطريق الخطأ فيؤذيه.

يذكر فيذر أيضاً حالة طبيب مصاب بالخوف من السفر بالطائرة، ومن الجلوس بين الحاضرين فى اللقاءات المهنية، ومن الحفلات الموسيقية، والمحاضرات، وإلقاء كلمة أمام جَمْع، وحضور حفلات الكوكتيل. قد يسبق إلى الظن أن التيمة المركزية هنا هى الخوف من الرفض الاجتماعى، غير أن هذا لا يفسر خوفه من الطائرات. الحق أن خوف هذا الطبيب الرهابى فى كل من هذه الحالات كان من « فقد السيطرة على النفس » مما قد يؤدى إلى إيذاء الآخرين. فقد تحقق الطبيب النفسى من ذلك. واسترعى انتباهَه أن هذا المريض لم يكن يخشى من تحطم الطائرة، بل بالأحرى من أن يأخذه هياج مسعور ويفقد التحكم فى نفسه ويحمل على

المسافرين ويروغ عليهم ضرباً. أما فى الحفلات الموسيقية والتجمعات الشبيهة فكان خوفه هو من أن يهب من مكانه ويلوح بذراعية ويصيح في النظارة بالشتائم والبذاءات. وكانت تعاوده خيالات تتضمن جلوسه بالصف الثانى فى الحفلة وتعطيلها تماماً إذ يقيء على الجالس قُبالتَه، ويطأ أقدام الجالسين وهو يبرح مقعده، ويصرف الجميع عن متابعة الموسيقى.

أما خوفه من الحديث العام فى الاجتماعات المهنية فبدا أنه يرتبط بإشفاقه من أن يدحض رأى زميل آخر ويهدم نظريته. وبالنسبة لحفلات الكوكتيل فقد كان قلقُه هو من أن يريق كأسهُ ويصم الحاضرين بالغباء فى فورةٍ اندفاعية. من الواضح مرةً ثانية أن العنصر المشترك فى هذه الرهابات المتعددة هو خوفه من أن يؤذى الآخرين، وخوفه (بشكلٍ ثانوى) من الإحراج الناجم عن فقد سيطرته على نفسه.

معظم مرضى الرهاب الاجتماعى المتعدد يخشون بالأساس من رفض الآخرين لهم. ولدينا مثال فى هذه المرأة التى كانت تُعالج بسبب خوفٍ رئيسى من الرد على الهاتف (التليفون). فقد كانت تخشى أن ترد بغض النظر عما إذا كان المتحدث صديقاً أو غريباً. وكان لها فى تجنب الرد على الهاتف أفانينُ وحيل. كانت هذه المرأة، فضلاً عن ذلك، تخاف مِّن القراءة الجهرية أمام الآخرين، ومن عمل وديعة بالبنك، ومن قَص الحكايات فى التجمعات الاجتماعية، ومن طلب الطعام بالمطاعم، ومن تصحيح التجارب الطباعية لكتابات أى سكرتيرة أخرى بالمكتب.

لم يكن صعباً أن يقف الطبيب على القاسم المشترك بين هذه المخاوف: فقد كانت المريضة تخشى من الرفض بسبب عدم إجادة الكلام. والحق أنها عانت فى الماضى من التأتأه stuttering وغيرها من صعوبات النطق العابرة. فكانت تتعلثم مثلاً فى كلماتٍ معينة وترتبك فى القراءة الجهرية فى المدرسة الثانوية. ورغم أن هذه المشكلات كانت قد انتهت إلا أن خوفها من الرفض بقى على حاله وكان يبلغ ذروته كلما ازداد احتمال الخزى والرفض (Feather, 1971).

تُبرز هذه الأمثلة أهمية تجنب الأحكام «القَبْلية» a priori بخصوص المحتوى الفكرى للرهابات. فكما يختلف المعنى المسبَغ على الموضوع الرهابى الواحد بين مريض وآخر، كذلك قد تُرَدُّ التشكيلةُ المتعددة من المخاوف لدى المريض الواحد إلى خوفٍ واحد، وتُحمَلُ على نفس المعنى.

التفرقة بين عصاب القلق والرهاب

يفضى النظرُ فى الرهابات المتعددة بشكلٍ تلقائى إلى السؤال عن الفرق بين الرهاب وعصاب القلق. وهى تفرقة هامة من حيث إن مريض الرهابات المتعددة قد يكون غرضاً للقلق المتوالى، وذلك لاستحالة أن يتفادى جميع المواقف الرهابية. فالرهابى خليقٌ أن يعانى نوبة قلق حاد كلما تعرَّض للموقف الرهابى وتعذَّر عليه الهروب. وهذا الصنف من النوبات لا يختلف فى جوهره عن أية نوبة أخرى من نوبات القلق الحاد.

ما الفرق إذن بين الرهاب وعصاب القلق؟ الفرق هو أن الرهاب شيءٌ نوعى مخصَّص إلى حد كبير، وأن الرهابى قد يظل بمنأى عن القلق عن طريق التجنب avoidance. هَبْ أن شخصاً لديه رهاب من اعتلاء قمة جبل أو ناطحة سحاب: إن بمقدوره، ببساطة، أن ينظم نمط حياته بحيث يتجنب هذه المواقف.

أما مريض القلق العصابى فليس بمقدوره أن يتجنب المؤثرّ المؤذى. فقد يكون خوفه مثلاً متمركزاً حول فكرة إصابته بمرضٍ خطير. وهو بالتالى يفسر أى إحساسٍ جسمى شديد أو غير معتاد أو غير مُفَسَّر بوصفه علامةً على المرض الخطير أو القاتل. وحيث أنه لا يملك أن يهرب من إحساساته الجسمية ويتجنبها فلا فكاكَ له من القلق. وكثيراً ما يسبب قلقه مزيداً من الأحاسيس الجسمية، فيضيف ذلك وقوداً جديداً لخوفه من المرض.

كذلك الشخص الذى يخشى من استهزاء الناس به وازدرائهم إياه وتهجمهم عليه فهو حرى أن يدوم قلقُه ما دام بين الناس. فإذا ما قام هذا الشخص بعزل نفسه عن الآخرين عزلاً تاماً فهو عندئذٍ نَهْبٌ للرهاب وليس لعصاب القلق.

وتستدق الحدود بين الرهاب والقلق أكثر وأكثر فى حالة ذلك المريض الذى «يخاف من كل شىء»، فهو فى خوفٍ مثلاً من الجلوس بين الناس ومن الجلوس وحده، ومن البيت والخارج (من الأشياء المنزلية والمواقف الخارجية). من الواضح فى مثل هذه الحالة أن «إنذارات الخطر» فى نشاط دائب يجعل القلق انفعالاً مستديماً، وأن مثل هذا المريض يعانى استجابة قلق نموذجية: ذلك أن تفكيره مسكون بهواجس القلق وخيالاته حتى وهو فى مكان يعتبره آمناً.

نشوء الرهاب

تتوافر لدينا أدلة كثيرة على أن الرهابات المختلفة عند الراشدين تقع بصفة تقريبية فى مجموعتين: (١) تلك المخاوف الشديدة المبكرة التى تشيع فى سن الطفولة وتحدث لمعظم الأطفال والتى يتجاوزها المرء بعد ذلك و« يكبر عنها ». يطلق على هذه المخاوف مصطلح « رهابات التثبيت » Fixation phobias إشارةً إلى أن النضج التصورى (المفاهيمى) فيما يتعلق بهذا الخوف قد توقف عند مرحلة مبكرة من مراحل النمو. (٢) « رهابات الصدمة » traumatic phobias أو « الرهابات الصدمية »، الشبيهة بعُصابات الصدمة. وفيها تؤدى خبرةٌ مؤلمةٌ أو مؤذية يمر بها المرء إلى زيادة حساسيته تجاه هذا النوع من المواقف. ومن الأمثلة الصارخة لهذه الرهابات ما يُعرف بصدمة القذائف shell shock وكذلك الخوف من السفر بالسيارة بعد خبرة حادث أليم.

من الجدير بالذكر أن المحتوى الفكرى لمخاوف المرضى الراشدين الذين يأتون للعلاج من الرهابات الخاصة تتبع بصفة عامة نفس التوزيع الإحصائى للمخاوف عند عامة الناس (أو فى مجموعة ضابطة من الأسوياء). تشير دراسة سنيث Snaith (١٩٦٨) لمرضى الرهاب أن صنف الخوف الذى أبداه معظم المرضى لاحَ أشبه بصورة مكبرة لما يشعر به كثير من الأسوياء من عامة المواطنين. فقد وجد سنيث مثلاً أن أكثر المخاوف شيوعًا عند مرضاه (باستثناء الأجورافوبيا) هى الخوف من العواصف والعواصف الرعدية والحيوانات والمرض وتَهَدُّد الحياة. وجاء توزيع هذه المخاوف بين مرضى الرهاب موازيًا لتوزيعها بين أفراد مجموعته الضابطة من أسوياء الناس.

لكى نفهم العلاقة بين الخوف والرهاب يجب أن نبرز الفارق بين هذا الصنف أو ذاك من الخوف إذ يَخْبُرُهُ العديد من الأسوياء وبينه إذ يصير رهابًا . فالرهابى أولاً يَعُد المؤثر المؤذى أخطر بكثير مما هو فى نظر الآخرين. والرهابى ثانيًا يستشعر قلقًا أكبر بكثير من غيره بسبب ما أضفاه على الموقف أو الشىء من خطورة هائلة. وهو ثالثًا يتجنب المؤثر الرهابى جهد ما يستطيع ويفرض « مسافة أمان » بينه وبين ذلك المؤثر. ويضمر بعض المرضى « رهابًا خفيًا » لا يسفر عن نفسه إلا حين تحول الظروف بينهم وبين تجنب الموضوع أو الموقف الرهابى. حينئذٍ يضطرهم القلق الموجع والتقييدات الحياتية إلى التماس العلاج.

يغلب على مخاوف الطفولة أن تتركز على الأذى الجسمى أو على الموت. وكثيراً ما تدوم هذه المخاوف طوال الحياة. ويُبدى الأطفال الأكبر سنًا، بالإضافة إلى ذلك، خوفًا من الأذى الاجتماعى كالرفض أو النبذ (Berecz, 1968).

قام جيرسيلد وماركس وجيرسيلد عام ١٩٦٠ (Jersild, Marks, and Jersild 1960) بمناظرة إكلينيكية مباشرة لـ ٣٩٨ طفلاً تتراوح أعمارهم بين الخامسة والثانية عشرة لتحديد معدل المخاوف بينهم فجاءت النتيجة كالتالى: الخوف من القوى الخارقة للطبيعة (الأشباح، السحرة، الجثث، الأحداث الخفية) - ١٩,٢٪، الوحدة فى الظلام بمكان غريب، التيه، والمخاطر المرتبطة بهذه المواقف - ١٤,٦٪، التعرض لهجوم الحيوانات أو خطر الهجوم ١٣,٧٪، الأصابة الجسميه، المرض ، السقوط، الحوادث المرورية، العمليات الجراحية، الأذى والألم - ١٢,٨٪. وقد دلت الأبحاث بصفة عامة على أن مخاوف الأطفال الأصغر تتعلق أساسات بالضرر الجسمى، أما الأطفال الأكبر فيعانون فوق ذلك من مخاوف الأذى النفسى - الاجتماعى مثل رفض قرنائهم لهم، الرسوب، السخرية والاستهزاء ,Miller et al., 1972) Angelino and shedd 1953 على أن نلاحظ مع ذلك أن خوفهم من هذه الصدمات الاجتماعية لا يحدث إلا إذا كانت نتائجها مما يهمهم ويعنيهم (مثل مشاعر الحزن أو الوحدة أو الإحراج أو الذنب أو الحزن).

من الملاحظات الهامة أن المخاوف عند الأطفال مرتبطة بالأخطار التى توجد فى بيئتهم بالفعل. فصبْية الطبقات الدنيا مثلاً يخافون من المُدَى النابضية (المطاوى)، السياط، اللصوص، القتلة، المسدسات، والعنف. بينما يخاف صبية الطبقات العليا من حوادث السيارات، القتل، الصبية الجانحين، الكوارث، والأحداث الأخرى الأكثر غموضاً. وتخشى فتياتُ الطبقات الدنيا من الحيوانات والغرباء وأعمال العنف، بينما تخشى فتيات الطبقات العليا من المختطفين والمرتفعات وألوانٍ من الأحداث الصدمية غير الواردة عند فتيات الطبقات الدنيا مثل تحطم القطارات وتحطم السفن.

وتنشأ رهابات التثبيت Fixation phobias من المخاوف الطفولية الشائعة التى لم يتجاوزها المريض والتى يعترف بأنه كان يعانى منها طفلاً بقدر ما تسعفه ذاكرته البعيدة. ومن أمثلها النموذجية الخوف من الماء والعواصف والعواصف الرعدية والأطباء والدم. وقد قمتُ فى عددٍ من هذه الحالات بسؤال المرضى، وكانوا شبانًا فى مقتبل العمر، عما إذا كان والداهم يعانيان من نفس الرهاب (أو سؤال الوالدين مباشرةً عن ذلك). فمن بين اثنى عشر مريضاً علمتُ يقينا أن خمسة منهم يعانى أحد والديهم من نفس الرهاب. بينما كان السبعة

الآخرون على غير يقين من ذلك، ومن ثم قاموا بالاستعلام من والديهم عن ذلك الأمر فظهر أن ثلاثة من بين السبعة كان أحد والديهم يعاني من نفس الرهاب (رهاب الماء، الأماكن المغلقة، العواصف الرعدية) . بذلك يكون هناك ثمانية من بين الاثنى عشر من مرضى الرهاب المستديم يعانى أحد والديهم من نفس الصنف من الرهاب .

لماذا ظل هؤلاء المرضى « مُثَبَّتين » Fixated عند هذه الرهابات بينما تمكن سائرُ الأطفال من تجاوزها وتخطيها؟ يبدو أن الآباء فى هذه الحالات هم الذين أدوا إلى تدعيم المخاوف لدى أطفالهم فلم يتمكنوا من السيطرة عليها . فكلما لاحظ الطفل تجنب أحد أبويه للموضوع الرهابى اقتدى به واتبع طريقته . على أن هناك بعض الحالات يحدث فيها التثبيت بسبب حدثٍ مؤلم يدعم الرهابَ ويديمه . مثل تلك المرأة التى تذكر أن رهاب العواصف الذى بدأ عندها فى الطفولة قد تفاقم واستفحل وصار خوفًا رهيبًا مستديماً بعد أن رأت رأىَ العين صبيًا صغيراً صعقه البرقُ وأرداه (انظر رهاب الصدمة) .

وبصرف النظر عن موقف الوالدين، وحتى فى حالة خلوهما من أى رهاب، فإن تجنب المريض للموقف الرهابى يلعب دوراً حاسماً فى استمرار الرهاب . فالتجنب يحول بينه وبين السيطرة على الرهاب وتخطيه . ومع كل تجنبٍ متعاقبٍ يتأصل الرهاب ويزداد عمقًا ورسوخًا .

بوسع مرضى رهابات الصدمة traumatic phobias عادةً أن يؤرخوا لحدوث الرهاب بحادث صدمى محدد . وتشمل رهابات الأذى الجسدى رهاب الكلاب على أثر عضة كلب، ورهاب المرتفعات بعد واقعة سقوطٍ من طابق، ورهاب الحقن عقب تفاعلٍ شديد، ورهاب ركوب السيارة بعد حادثٍ أليم .

وفيما يلى حالات تبين كيفيةحدوث المخاوف الجسمية :

(١) فهذا طفل فى الثامنة أصابه خوفٌ بالغُ الشدة مصحوبٌ بإغماء يتعلق بالمستشفيات والأطباء وروائح التخدير بعد أن أُجريت له عملية خطيرة . واستمر هذا الخوف ينتابه فى الكِبَر .

(٢) وهذه امرأة مريضة برهاب المرتفعات ألم بها الرهاب بعد أن سقطت ذات يوم من عارضة غطس عالية وأصيبت .

(٣) كثير من مرضى رهاب قيادة السيارة أصابهم هذا الرهاب بعد حادث صدمى أصيبوا فيه أو أصيب فيه شخصٌ كانوا يتقمصونه (يتوحدون به أو يتماهون معه) .

(٤) أصيب عدد من المرضى برهاب المرض عندما أصيب أحد أعزائهم بمرض قاتل مثل السرطان، القلب، النزيف الدماغى .... إلخ.

(٥) وهذه امرأة في الثالثة والعشرين أصابها خوف مُقْعِد من الرعد والبرق. فكانت تتخوف كلما رأت سحباً داكنة. فإذا استهل الرعد ارتاعت وتركت ما فى يدها سواء كانت بالعمل أو بالبيت أو أى مكان آخر وهُرِعت للاختباء في أى مكان لا نوافذ له كالمرحاض. بدأ هذا الرهاب ينتابها فى سن الثامنة بعد أن شهدت صبياً صغيراً صعقه البرقُ وأرداه قتيلاً.

(٦) تنشأ بعض الرهابات البينشخصية أيضاً بعد حادث صادم. مثل ذلك المريض الذى أصيب برهاب الظهور فى الأماكن العامة بعد نوبة دوار وإغماء وذلك الذى أصيب برهاب القئ بعد نوبة قيء مفاجئ ألمت به فى مكان عام. وذلك المحامى الذى أصابه رهاب المثول فى المحكمة بعد أن أصيب بحالة انفلونزا معوية مصحوبة بإسهال (كان خوفه متعلقاً باحتمال أن يداهمه إسهال لا إرادى فى قاعة المحكمة فيدمر حياته المهنية).

(٧) قد تحدث رهابات غريبة أيضاً على أثر حدث صدمي. فهذا عامل أصابه خوف رهابى من العمل فى الطرق بعد أن صدمته شاحنةٌ بينما كان ينقش خطاً أبيض. واتسع الرهاب ليشمل الخوفَ من ركوب الدراجة أو الدراجة النارية على أى طريق (Kraft and Al- Issa, 1965a).

(٨) وهذه فتاة أصيبت بخوف مستديم من الحرارة بعد أن شاهدت حريقاً أخرجوا فيه جثتى طفلين متفحمتين من المنزل المحترق وقد شمل الرهابُ خوفها من أن تستحم بماء حار أو أن تأكل أطعمةً ساخنة أو تشرب ماءً ساخناً. كذلك كانت تتخوف من لمس أى موقد كهربى سواء أكان فى حالة تشغيل أو إبطال، وتتخوف من استعمال أى مكواة ساخنة (Kraft and Al-Issa, 1965b).

تلقى الرهاباتُ الصدمية أضواءً على العمليات التصورية (المفاهيمية) المتضمنة فى تكوين المخاوف. فنتيجة للخبرة الصادمة، يقوم الشخص بتعديلٍ جذرى لتقييمه السابق لإمكانات الخطر القابع فى موقفٍ أو موضوعٍ ما: فيرى خطراً ما كان يعتبره من قبل موقفاً مأموناً إلى حد كبير.

الفصل الثامن

الذهن فوق الجسم

الاضطرابات النفسجسمية والهستريا

«إن المرض الجسمي الذى ننظر إليه كأنه كلٌّ مكتملٌ فى ذاته قد يكون في نهاية الأمر مجرد عَرَضٍ واحدٍ من أعراض اعتلالٍ مزمن ألمَّ بالجانب الروحى من الإنسان».

ناثانييل هوثون

مشكلة الذهن ـ الجسم

حين يحاول علماء السلوك وضع الأسس النظرية لحالات من قبيل الاضطرابات النفسجسمية Psychosomatic والهستريا، فإنهم يكونون بذلك قد دخلوا نطاق الخط الساحلى الضبابى الواقع بين الطب العضوى والطب النفسي، ويكون من الصعب عليهم إغفال مفاهيم من مثل الشعور والتخيل وعلاقتهما بوظائف الجسم. بذلك يجدون أنفسهم وجهًا لوجه أمام مشكلة « الذهن ـ الجسم »، تلك المشكلة الشائكة التى حيرت الفلاسفة عصوراً طويلة ولم يصلوا فيها حتى اليوم إلى حل مُرْضٍ.

وقد يروق للمفكرين العمليين أن يطَّرحوا ظواهرَ مثل التخيل بوصفها غيبياتٍ غير ملموسة. فحين يعانى شخص ما من شلل ناشىء من التهاب سحائى فهو يعانى من وجهة نظرهم مرضًا « حقيقيًا »، أما صاحب الشلل الهستيرى فهو إنما يعانى مرضًا « متخيلاً ». ففكرة الحقيقى عندهم تقابل فكرة المتخيل. ومع ذلك فصاحب الشلل أو الألم الناجم عن تخيلاته يَخْبُرُ أعراضَه كأعراضٍ حقيقة شأنها شأن المرض العضوى تمامًا.

وربما زاد تعقُّد مشكلة العلِّية السيكولوجية كمقابلٍ للعلية الفسيولوجية حين نفكر مليًا فى أسباب الاضطرابات النفسجسمية. فبمقدورنا فى هذه الحالات أن نضع يدنا على عطبٍ محدد مثل قرحةٍ بالمعدة أو التهابٍ بالجلد، أو أن نشاهد بأعيننا الدليل على الاضطراب الفسيولوجى باستخدام جهازٍ مُصَمَّم لقياس التغيرات فى ضغط الدم أو ضربات القلب. بل إن المستقصى لهذه الحالات قد يرى رأيًا لا يعوزه السداد أن المسئول عن هذا الاضطراب هو النشاط الزائد للجهاز العصبى المستقل autonomic nervous system. إن المثول العينى الظاهر والملموس للاضطراب يدل على أنه اضطرابٌ حقيقى (حقيقة يشتد وقعُها ولا شك إذا عرفنا أن مريض القرحة قد ينزف حتى الموت). غير أننا حين نتساءل عما حَمَلَ نشاطَ الجهاز العصبى المستقل على الزيادة ونستكشف الظروف التى أدت إلى هذا الاضطراب فإن ثقتنا بالتفسيرات القائمة على الاضطراب الفسيولوچى وحده لا تلبث أن تهتز.

والصورة النموذجية فى هذه الحالة هى أن نجد الشخص الذى يعانى من حدوث اضطراب نفسجسمى أو اشتداده يقرِنُ به سلسلةً من المتاعب الانفعالية التى ألمت به. ويذكر أنه كلما ضايقته مشكلةٌ فإن قرحته تثور، وكلما اهتاج غضبًا فإن التهاب جلده يتفاقم، وإن يكن

الضيقُ والغضبُ أشياءَ لا تُفْحَص فى أنبوبة اختيار أو توزن بميزان أو تُقاس بجلفانومتر. أضف إلى ذلك أن الطبيب أو المعالج النفسى حين يعمد إلى تخفيف هذا العَرَض فإن اهتمامه ينصب على العوامل غير الفسيولوجية، فيقدم للمريض إيحاءات تساعد على تخفيف الضيق أو الغضب، ويلاحظ التئام الإثنا عشر(*) أو الجلد على أثر ذلك. أو يصف مهدئًا فإذا بالمريض يلحظ أن العرض الجسمى يتحسن حين أخذ قلقه النفسى فى النقصان.

وقد اشتبكت المدارس ذات التوجه السيكولوجى والمدارس ذات التوجه العضوى فى نزاعٍ طويل بشأن تفسير العصاب والاضطرابات النفسجسمية. فأيهما يأتى أولا: الظاهرة النفسية أم الظاهرة الفسيولوجية؟ أما العضويون فيرون أن من السذاجة أن نسند إلى كيانات غامضة مثل الانفعالات والأفكار والصور الذهنية دوراً سببياً فى هذه الاضطرابات. ويرون أن هذه الأحداث الذهنية لاتعدو، على أحسن تقدير، أن تكون ظواهر ثانوية epiphenomena أى ظواهر غير حقيقية بل نتاجاً ثانوياً by-product للنشاط الفسيولوجى.

لقد تعرضت هذه الاضطرابات ـ الهستيرية والنفسجسمية ـ للصنوف ذاتها من الصياغة التى قدمها الفلاسفة الذين تناولوا مشكلة «الذهن ـ الجسم». فأحد الاتجاهات الفلسفية وهو «المثالية» idealism يعطى أولوية مطلقة للفكر. أما «المادية» فهى، على العكس من ذلك، تؤكد أن الجسم هو الحقيقة الوحيدة وأن تصور الذهن هو وهمٌ واختراع. وتسلم نظرية التأثير المتبادل interactionism بوجود كل من الذهن والجسم وبتأثير كل منهما على الآخر. أما الرأى القائل بتصاحب العمليات الذهنية والجسمية دون أن تؤثر الواحدة فى الأخرى فتُسمى بنظرية التوازى Parallelism، أى أن أى شىء يؤثر على الذهن فإنه ينعكس بأثر موازٍ على الجسم، والعكس بالعكس(*). ويفترض علم نفس الجشطلت بأن هناك تطابقَ (تناظر) نقطةٍ لنقطة (واحدٍ لواحد) بين خبرات الوعى والخبرات الجسمية.

وقد كان هناك ميلٌ فى السنوات الحديثة لتجاهل مشكلة «الذهن ـ الجسم» تحت تأثير السلوكية. فبعض السلوكيين مثل واطسون Watson (١٩١٤) يستبعد الأفكار والمشاعر

(*) آثرتُ عدم جر (إثنا) بالياء على اعتبار ان (إثنا عشر) فى هذا المقام اسم كلى مدمج يشير إلى عضوٍ تشريحى محدد واحد، وليس مجرد عدد كغيره من الأعداد «المترجم».

(*) ترى نظرية التوازى التى قال بها فلاسفةٌ بحجم ليبنتز وجيولنكس ـ ان الذهن والجسم دائرتان مقفلتان لاتؤثر إحداهما فى الأخرى، ومهما يكن من ارتباطهما الظاهر فهو ليس ارتباط علية. وإنما هو انسجام مقدَّر preestablished harmony من صنع الله، شأن ساعتين ضُبطتا وهُيئتا بحيث تدق الأولى كلما أشارت الثانية إلى الزمن دون أن تؤثر إحداهما فى الأخرى أو تتصل بها! «المترجم»

ببساطة من البحث السيكولوجى. بينما يستخدم آخرون حيلةً سيمانتية فيسمّون الأفكار والمشاعر «سلوكيات» علينا أن ندرسها بوصفها «متغيرات تابعة» dependent variables دون أن نخوّلها دوراً مستقلاً أو أولياً. وجدير بالذكر أيضاً أن بعض الفلاسفة يعتبر مشكلة «الذهن ـ الجسم» مشكلة وهمية ناتجة عن البدء بافتراضات زائفة.

ليس بوسعنا فى هذا المقام أن نحاول حل مشكلة «الذهن ـ الجسم»، إلا أن بإمكاننا أن نستخلص النموذج الوصفى ـ التفسيرى الذى يفى بمقاصدنا الحالية أكثر مما عداه. إن بحث الاضطرابات النفسجسمية والهستريا سوف يُظهِر بوضوح أن نموذج «التأثير المتبادل» هو أصلحها جميعًا لفهم هذه الحالات. فهو أقدرُها على تفسير الملاحظات الإكلينيكية. وهو النموذج الوحيد الذى يمكنه أن يحصر وينظم علاقات ذات معنى بين المعطيات من مثل الإثارة الانفعالية والعطب الجسمى القابل للملاحظة، وتحسن العطب الجسمى على أثر العلاج النفسى، وانفراج التوتر الانفعالى بواسطة العقاقير المهدئة.

وصف الممارسون الاكلينيكيون عدداً من الاضطرابات التى تلعب فيها العوامل النفسية دوراً هامًا فى إنتاج الخلل الوظيفى أو الكرب الجسدى. قد تتمثل هذه العوامل النفسية فى هيئة حدث أو ظرف ما يشكل ضغطًا أو إجهاداً. ويمكننا تقسيم الاضطرابات الجسمية المرتبطة باضطرابات انفعالية إلى ثلاثة مجموعات:

(١) اضطرابات فسيولوجية أو اختلالات تركيبية تتضافر فيها العوامل النفسية والبنيوية (الجِبلّية) costitutional لتنتج الاضطراب. تتضمن هذه الاضطرابات النفسجسمية(*) حالات مثل قرحة الاثنا عشر، شنج البواب pylorospasm، التهاب القولون، وبعض حالات التهاب الجلد والضغط ونوبات تسارع ضربات القلب والصداع. هذه الضطرابات تنشأ بصفة عامة وتتفاقم فى حالات الإثارة الانفعالية.

(٢) اضطرابات جسمية أولية تؤدى العلمياتُ النفسية إلى اشتدادها. وتشمل هذه الفئة حالات الغطاء السيكولوجى psychological overlay. مثال ذلك حالات الاعتلال القلبى وحالات البُهر dyspnea (صعوبة التنفس) الشديد الناجمة عن مرض صدرى خفيف.

(٣) زيغ أو شذوذ فى الإحساس أو الحركة دون مرض بالأنسجة أو اضطراب فسيولوجى

(*) المصطلح الجديد «الاضطراب النفسفسيولوجى» (أو السيكوفسيولوجى) اخذ الآن يحل بالتدريج محل المصطلح القديم «الاضطراب النفسجسمى» (او السيكوسوماتى).

ملحوظ. وتشمل هذه المجموعة طائفةً عريضة من الحالات تمتد من «التصور الجسدى» والهستريا حتى الضلالات الجسمية somatic delusions. هذه المجموعة هى، من جهات عديدة، الأكثر إثارةً للاهتمام من بين الاضطرابات الجسمية المرتبطة بعوامل نفسية.

الاضطرابات النفسجسمية

تُعرَّف الاضطراباتُ النفسجسمية بأنها اختلالات تمكن معاينتُها فى وظيفة أو تركيب عضوٍ من الأعضاء أو جهاز فسيولوچى من أجهزة الجسم مثل: الجلد، الجهاز الهضمى، الجهاز البولى التناسلى، الجهاز الدورى القلبى، الجهاز التنفسى... إلخ. تحتوى هذه الأجهزة على عضلات ملساء لا إرادية يغذيها الجهاز العصبى المستقل. غير أن الجهاز العضلى الهيكلى المكون من العضلات المخططة الإرادية قد يصاب هو أيضاً باضطرابات نفسجسمية مثل الصداع وآلام الظهر (الجمعية الأمريكية للطب النفسى، ١٩٦٨).

وقد ظهر خلال الخمسين سنة الأخيرة عددٌ من نماذج التأثير المتبادل التى اقتُرِحت بهدف توضيح العلاقة بين العوامل السيكولوچية والفسيولوچية فى إنتاج الاضطرابات النفسجسمية (تجد مراجعة نقدية لهذه النماذج عند مندلسون وهيرش ووبر Mendelson, Hirsch, and Webber (١٩٥٦)، وعند بك Beck, 1972).

تنقسم هذه النماذج بصفة عامة إلى صنفين: الأول: نماذج الخصوصية السيكولوچية. وبمقتضاها تتوقف نوعية الاضطراب النفسجسمى على نمط الشخصية أو صنف الصراع أو الموقف النفسى. والثانى: نماذج الخصوصية الفسيولوچية. ومفادها أن من طبيعة كل شخص أن يستجيب لمختلف الضغوط النفسية نفس الاستجابة النفسجسمية.

من الآراء التحليلية Psychoanalytic المبكرة مثلاً رأىٌ يعتبر كلَّ مرضٍ نفسجسمى هو ظاهرة تحولية conversion خاصة تتميز بأعراض هى تمثيلات رمزية لدوافع وأفكار معينة. فالإسهال مثلاً هو تحول لدافع طفولى (Ferenczi, 1926). وقرحة المعدة، كما يؤكد جارما Garma (١٩٥٠)، ترمز لأمٍ عدوانية مُدْخَلة بذات المريض internalized وترمز حواف القرحة إلى فكى الأم المدخَلة.

ومن الكتاب التحليليين من اقترح أن الاضطرابات النفسجسمية تمثل نكوصاً regression فسيولوجيًا إلى أنماط من الوظيفة الجسمية الخاصة بالطفولة المبكرة. يؤكد مارجولين Margolin (١٩٥٣) على سبيل المثال أن هناك علاقة مباشرة بين درجة النكوص الفسيولوجي ودرجة النكوص السيكولوچي. ويرى زاز Szasz (١٩٥٢) أن كثيراً من الأعراض الجسمية ترجع إلى إثارة باراسمبتاوية مزمنة ومحددة الموضع، ويدَّعى أن مثل هذه الإثارة يجب اعتبارها نكوصية مادام الجهاز العصبى الباراسمبتاوى سابقًا فى النشوء على الجهاز السمبتاوى.

هاجمت فلاندرز دنبار F.Dunbar(١٩٣٥)، وهى من رواد الدراسات النفسجسمية، نظرية التحول وقدمت أدلة إحصائية على ارتباط أمراض نفسجسمية محددة (الشقيقة مثلاً وانسداد الشريان التاجى وقرحة المعدة) بأنماط شخصية بعينها. غير أن الدراسات اللاحقة شككت فى صحة هذا المفهوم.

وربط سبيتز Spitz (١٩٥١) وجيرارد Gerard (١٩٥٣) بين نوعية الاضطراب النفسجسمى عند الأطفال وشخصية الأم فأكد جيرارد مثلاً أن أمهات مرضى الربو من الأطفال يتسمن بشخصية اعتمادية كثيرة المطالب قليلة العطاء وإن تكن، دون استثناء، جذابة ودودة اجتماعيًا ذات مظهر خارجي جيد التوافق.

أما ألكسندر Alexander (١٩٥٠) فيرفض كلاً من نظرية التحول ومفهوم دنبار عن ارتباط المرض بصورة الشخصية، ويرد الاضطرابات النفسجسمية إلى صراعات لا شعورية: فمن شأن الشخص الواحد إذ يمر بسلسلة من الصراعات النفسية المختلفة أن يعانى من تغير مناظر فى نوعية الاضطراب النفسجسمى الذى يبتليه. فالقرحة مثلاً هى استجابة فسيولوچية لرغبة مكبوتة فى الحب والمساعدة: فالمعدة المحرومة تدمع (بحمض الهيدروكلوريك) طلبًا للحب. والربو، كما يؤكد، هو صرخة استنجاد مكبوتة. بل إن تشنج المعدة (الشنج الفؤادى cardiospasm) يمثل معنى لاشعوريًا منطوقُة: « لا أستطيع أن أبتلع هذا الموقف ».

ويفترض ولف Wolff (١٩٥٠)، وهو من مؤيدى نموذج الخصوصية الفسيولوجية، أن لكل فرد نمطًا من الاستجابة الجسمية للضغوط. وهو نمط خاص ثابت ومحدد جينيًا. صحيح أن نقطة حساسيته قد تبقى خافيةً فترات طويلة، إلا أنه بتراكم ضغوط كافية سوف يعانى فى النهاية من اضطراب يتوقف على موطن ضعفه واستهدافه الفسيولوچى: التهاب القولون، الشقيقة، التهاب الجلد.. إلخ.

ووصل لاسى ولاسى Lacey and Lacey (١٩٥٨) إلى أدلة صلبة بشأن خصوصية الاستجابة الفسيولوجية للمواقف الضاغطة المختلفة. فقد وجدا فى دراساتهما أن لكل فرد ميلاً للاستجابة الزائدة فى واحدٍ على الأقل من أجهزته الفسيولوچية. فيستجيب شخص مثلاً لكل حالة ضاغطة بزيادة كبيرة فى ضربات القلب دون تَعَرُّقٍ يُذْكر. ويستجيب آخرُ بتعرق شديد دون كثيرِ تغيرٍ فى ضربات القلب.

الضغوط النفسية والاختلالات الجسمية

حيث أن الدليل التجريبى يشير إلى أن كل فردٍ واقع تحت ضغوطٍ يستجيب بإفراطٍ فى جهاز معين من أجهزته الفسيولوچية، فمن الضرورى الحاسم أن نحدد المقصود بكلمة «ضغوط» (إجهاد Stress)، تلك اللفظة المستعارة من علم الفيزياء والهندسة. يعرِّف معظم الكتاب الضغوطَ بأنها حالات خارجية يفترض أن تؤدى إلى توترات داخلية تؤدى بدورها إلى اضطرابات فسيولوجية. تظهر هذه الضغوط الداخلية فى شكل حالاتٍ من الإثارة يخبُرُها الفرد ذاتيًا على هيئة غضبٍ أو قلق أو انشراح.

تأتى الإثارة الانفعالية مصحوبةً بزيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل، ممايؤثر فى واحدٍ أو أكثر من الأعضاء أو الأجهزة الفسيولوچية. هذا الجهاز المتأثر لا يمكن التنبؤ به سلفًا بالاستناد إلى نوع الانفعال المثار (ما إذا كان قلقًا مثلاً أو غضبًا). فيبدو أن لكل فرد استجابته المميزة التى تتوقف على جهازه الفسيولوجى الأكثر تأثرًا. فقد تأتى المظاهر البدنية عنده فى شكل عطب أو اضطراب فى القناة الهضمية (قرحة الاثنا عشر) أو الجلد (التهاب الجلد العصبى) أو الشعيبات الهوائية (الربو) أو الجهاز الدورى القلبى (الضغط وتسرُّع القلب الانتيابى paroxysmal tachycadia).

ورغم أن هذه الصياغة تبدو معقولة، فمن الواضح أنها تقفز فوق وصلات عديدة من السلسلة. ومن الضرورى لكى نتعرف على هذه المتغيرات البينية أن نفحص طبيعة الضغوط والتفاعل الحادث بين الأنظمة المعرفية والأنظمة الانفعالية استجابةً لهذه الضغوط. فهناك ضروب متباينة من المواقف الضاغطة التى يمكن أن ترسِّب اضطرابات نفسجسمية.

تتألف أول فئة من الضغوط من المواقف العصيبة التى تحدث فى المعارك العسكرية. فمثل

هذه المواقف تمثل تهديداً هو من الشدة والواقعية بحيث يؤدى إلى قلق شبه محتوم. رغم ذلك يبدو أن الجندى المتمرس بالقتال يرفع عتبة قلقه خلال فترة من الوقت بإنماء ثقته فى مغالبة الخطر وإرهاف تمييزه للمواقف المهددة للحياة. إلا أنه وُجد عمليًا أن لكل مقاتل نقطة انهيار. ففى الحرب العالمية الثانية مثلاً أصيب معظم الطيارين بأعراض انفعالية ونفسجسمية بعد عدد معين من المهمات القتالية.

هناك تهديدات أقل دراميةً من الحرب مثل المصاعب الدراسية ومصاعب العمل التى توشك أن تهدد الوضع الاجتماعى والاقتصادى، والأحداث التى تهدد الصحة والسعادة أو تهدد بانفصام علاقات شخصية هامة. وهناك مواقف تمثل ضغوطًا وإن تكن غير بارزة للعيان. مثال ذلك أن تقذف الظروفُ بالمرء فى بيئة يصعب عليه فيها أن يصوغ خطةً معقولة ثابتة لمغالبة المؤثرات المؤذية. كأنْ يعمل فى جو تقع فيه المضايقاتُ بغتةً بحيث لا يعرف متى يحترس ومتى يسترخى وينعم بالاً. كشأن تلك السكرتيرة التى كان رئيسها فى العمل متقلباً سريع الغضب لا تستطيع أن تتكهن بسوراته فأصيبت بعد فترة بالتهاب قولون متوسط الشدة شفيت منه بمجرد أن انتقلت إلى عملٍ جديد فى مناخ أكثر ثباتًا. بنفس الطريقة يمكن أن يُصاب طفلٌ بإجهاد شديد إن كان أحد أبويه عُرضة للتقلبات المزاجية المباغتة. يؤدى الصدوفُ عن هذه المواقف إلى زوال القلق والاضطراب النفسجسمى وإن احتاج ذلك إلى وقت طويل فى حالة التعرض المزمن للضغوط.

أما الفئة الثانية من الضغوط فتشمل الضغوط المخاتلة insidious المزمنة. فالتآكل هنا تدريجى ينشأ من التأثيرات التراكمية لعددٍ من التوترات الدقيقة التى لا يشكل أىٌ منها خطراً كاسحًا في حد ذاته. إن سلسلة طويلة من المواقف المعاكسة كالإحباط والرفض والخوف من شأنها أن تؤدى تدريجيًا إلى زيادة الإثارة الانفعالية وإضعاف القدرات التكيفية للشخص.

وهناك بعدُ صنفٌ ثالث من الضغوط شخصي للغاية وخاص بكل فرد على حدة. ونعنى به تلك المواقف التى تمس من الفرد مناطقَ ضعفه الخاصة. فلكل إنسان نقاطٌ حساسة غير حصينة تجعله هدفًا للاضطرابات الانفعالية كلما تعرض لمواقف تمس هذه النقاط. وما يكون أمرًا عاديًا لأحدنا قد يشكل صدمةً بالنسبة لآخر. هناك شخص حساسٌ للرفض وآخر حساس للنظام التحكمى وثالث للمخاطر الصحية. إن الموقف الضاغط بالنسبة لشخصٍ ما هو شىء يتوقف على المعانى الشخصية والدلالات الخاصة التى يضفيها هذا الشخص على الموقف (انظر الفصل الثالث).

هناك سمة شخصية محورية يتسم بها مرضى الاضطرابات النفسجسمية وهى سمة تطبع بطابعها عموم المرضى ذوى القابلية للقلق أو الغضب : فهم يميلون إلى تصور بعض خبرات الحياة بطريقة خاصة فنجد الواحد منهم يشكل من الوقائع المأمونة صورة مخيفة مهددة، ويضخم التهديدات الصغرى التى يسهل التغلب عليها ويجعل منها كوارث كبرى.

ثم دراسات حديثة حاولت أن تؤسس علاقةً سببية بين المواقف الضاغطة والاضطرابات النفسجسمية. فقد كشف الباحثون، مستخدمين استبيان « أحداث الحياة» (Holmes and Rahe, 1967)، وجود بعض الارتباط الموضوعى بين الضغوط والاضطراب الجسمي. غير أن الدليل الإكلينيكى يوحى بأن المواقف الحياتية الضاغطة فى ذاتها أقل أهمية فى إحداث القلق والاضطرابات الجسمية من الطريقة التى تتراءى بها هذه المواقف فى ذهن الشخص. فالمستهدفون للاضطرابات الجسمية هم أميل من غيرهم إلى تهويل الأحداث واعتبارها أحداثاً ضاغطة، وإلى الاستجابة للتحديات المتصوَّرة باختلال نفسى وجسمى أكبر كما أظهرت دراسة هنكل وآخرين (Hinkle et al., 1958).

إن تحديد الظروف التى تشكل ضغطًا من بين غيرها من الظروف هو مسألة معقدة. وقد تبيّن ذلك فى دراسة لمرضي الربو من الأطفال. فى هذه الدراسة قام الباحثون بفصل مجموعة من المرضي عن والديهم فصلاً تاماً، فوجدوا أن حالتهم المرضية تحسنت تحسنًا كبيراً (Sarason, 1972a). وحين أعادوهم إلى بيوتهم انتكست حالتهم مرةً أخرى. وقد افترض الباحثون أن تنافر سمات كل من الطفل والوالد فى هذه المجموعة كان يمثل ضغطًا على الطفل (بحيث يجد فى الانفصال فَرَجًا). بينما المعتاد فى سائر الأطفال أن الانفصال عن الأبوين هو الموقف الضاغط.

الضغوط الداخلية

كنا حتى الآن نتحدث عن الضغوط بوصفها ظروفًا خارجية تبعث علي التوتر. غير أن هناك اضطرابات نفسجسمية نموذجية قد تحدث فى غياب أى ظروف خارجية غير عادية. فى هذه الحالات تكون الضغوط صادرةً من الداخل، وتتألف من ظواهر نفسية مثل المطالب والالتزامات التى يفرضها المرء علي نفسه، ومثل المخاوف المتكررة وتأنيب الذات. يمكننا

كشف هذه الآلية الخاصة بتأزيم الذات عن طريق التنقيب فى « منظومة الاتصال الداخلى » . إنها شبيهة فى بعض الجوانب بمفهوم فرويد عن الأنا الأعلى .

معظم المرضي الذين يستشيرون الطبيب بسبب مرض نفسجسمى لا يعانون من ضغوط خارجية محددة . وكثيراً ما يبدون عصبيين ويكتسبون لقب « عصابى » (فى نظر الطبيب أولاً ثم فى نظر أنفسهم) . وكثيراً ما ينبئهم الطبيب أنهم قلقون متبرمون يأخذون الأمور بجدية زائدة . إلا أن هذه الأحكام بدلاً من أن تمنحهم تبصراً ورشاداً فهى فى الأغلب تدعم فكرة المريض عن نفسه كشخص متقلب ضعيف .

ولنا فى رجل الأعمال المتطلع الذى يصاب بقرحة المعقدة خير مثال على الاستهداف النفسجسمى . ورغم أن هذا النمط النفسى ذاته قد يؤدى إلى اضطرابات نفسجسمية أخرى كالضغط أو التهاب الجلد ، فمن المفيد لنا أن ننعم النظر فى هذه الحالة المرضية كنموذج إيضاحى للاضطرابات النفسجسمية بصفة عامة . يمكننا أن نسمى هذا النمط الإدارى التنفيذى من البشر « نمط القرحة التنفيذية (أو الإدارية) » . إنه يضع لنفسه أهدافاً مفرطة فى الطموح ، ثم يدفع نفسه ويدفع الآخرين على إنجازها . وإن سلوكه الخارجى ليعكس منظومته الخاصة عن الأهداف والقناعات . تلك المنظومة التى تؤدى به إلى حالة مستديمة من التوتر . وتظل قوته الدافعة هى خوفه من عدم بلوغ أهدافه وتوجسه من أن يرتكب مرءوسوه أخطاءً فادحة . ويظل يستجيب لكل مهمة جديدة بشكوك قوية . ويهوِّل من أهميتها وصعوبتها (تقييم معرفي خاطيء) ويبخس من قدرته على أدائها (تقييم خاطيء أيضاً) . وهو يضخم من حجم العوائق التى تحول دون إتمام المهمة ويضخم فى نفس الوقت من شأن العواقب النهائية للفشل . فيعقد فى وهمه سلسلةً من الوقائع المؤدية إلى الإفلاس كلما واجه مغامرةً مالية غير مأمونة . قد لا يكون الخوف من الفشل هو رائده بطبيعة الحال ، ولكن من يعمل تحت مبدأ « النجاح التام هو الطريق الوحيد إلى السعادة » يعتصر نفسه قدر ما يفعل الخائف من الفشل .

رغم عدم وجود ضغوط خارجية حقيقية فإن مهنة هذا الرجل تشكل له ضغطاً من جراء الطريقة التى ينظر بها إلى عمله . فهو فى كرب دائم لأنه ينظر إلى كل مهمة كأنها مواجهة كبرى ويتوهم كل لحظة كارثةً عليه أن يسارع بمواجهتها . من شأن هذه الضغوط النفسية التى يفرضها المرء على ذاته أن تبهظ واحداً أو أكثر من أجهزته الفسيولوجية .

هؤلاء المستهدفون للقلق والاضطراب النفسجسمى لا يبالغون فقط فى هول النتائج المترتبة

على الفشل بل أيضًا في احتمال وقوعها. ولنضرب لذلك مثلاً بهذا الطالب المستهدف للقرحة. فقد كان برغم نجاحاته السابقة دائم التوجس من عدم إتمام واجبه في الوقت المحدد ومن عدم استعداده للامتحان. كان يقدر ذلك باحتمال خمسين بالمئة قبل الامتحان بأسابيع عديدة، ويظل هذا الاحتمال يتزايد عنده باقتراب موعد الامتحان إلى أن يصل إلى ٩٩ ٪ لحظة بداية الامتحان. وكان تقديره للنتائج السلبية للفشل يتصاعد في نفس الوقت: «سوف يقررون أن يسقطوا اسمي من سلك الشرف.. لن أعود قادراً على أي امتحان قادم.. سوف يفصلونني من المدرسة وسينتهي بي الأمر إلى شارع الساقطين». وحيث أن هذا الطالب كان قد أنجز واجبات واجتاز امتحانات على امتداد حياته الأكاديمية، فمن الواضح أن مخاوفه من عدم الاستعداد هي نابعة أساساً من أنماط تفكيره الداخلية لا من ضغوط خارجية.

لماذا يُصاب بعض المرضى (مثل هذا الطالب) باضطراب نفسجسمي من جراء قلقهم المفرط، بينهما يبقى آخرون من ذوي القلق المزمن دون اضطرابات جسيمة؟ تلك مسألة تحتاج إلى مزيد من البحث. فمن الواضح أن أنماط التفكير متشابهة عند الطرفين. فكلاهما مرتهن للخوف من التقصير بل من الكارثة. كلاهما في هَمٍّ مزمن. ويبدو محتملاً في حدود معلوماتنا الحالية أن هناك عوامل جينية تحدد ما إذا كانت الأعراض النفسجسمية سوف تلحق بالقلق.

الدورة النفسفسيولوجية

يتوقف نشوء الأضطرابات النفسفسيولوجية واستمرارها، في معظم الحالات، على حدوث تأثير متبادل مستمر بين «المعرفة» cognition و«الانفعال» emotion والأعراض الجسمية. ويمكننا أن نوضح هذه الدورة بمثال من حالة مرضية. إنها ربة بيت في الثامنة والأربعين كانت تعاني من نوبات سابقة من الألم أسفل البطن مصحوبة بإسهال. كانت تلك السورات episodesتدوم من أسبوعين إلى ستة أشهر ويرتبط حدوثها بضغوط خارجية بشكل واضح. وقد أُجرى لهذه السيدة فحوصٌ جسمية عديدة (متضمنة فحوصاً بالأشعة) طوال ثلاثين عامًا ولم يثبت وجود أي علامات تشير إلى مرض عضوى، فشُخصت حالتها قولونًا عصبيًا. بدأت أشد سورات هذا المرض، والمتمثلة في المغص البطني شديد واسهال دموى، أثناء المرض

النهائي لوالدتها (كانت مريضتنا فى ذلك الوقت فى السابعة والأربعين من عمرها) حين بدأت تعانى من قلق وهياج agitation . وما لبثت أعراضها المعوية أن ظهرت خلال أيام معدودة. وأظهرت صور الأشعة تقرحات مؤكدة بالقولون. ومن الجلى أن الإثارة الانفعالية الشديدة عندها قد أحدثت تشنجات بالقولون نتج عنها تغيرات بغشائه المخاطى.

حيث أن معظم الناس يتحملون ملمات جسيمة من مثل مرض أحد الأبوين ووفاته دون أن يصابوا باضطراب نفسى أو نفسجسمى شديد، فإن السؤال الذى يطرح نفسه هو: لماذا كان لهذه المريضة مثل هذه الاستجابة الشديدة؟ فى هذه الحالة، كما فى معظم الاضطرابات النفسجسمية، يكون لدى المريض تهيؤ أو استعداد predispositionللمرض النفسى (والفسيولوچى أيضاً) : لقد ذكرت مريضتنا أنها منذ دخولها المدرسة فى سن الخامسة اعتادت أن تستجيب للمواقف المزعجة بسورات عابرة من الإسهال. لكن هذه الاستجابات لم تكن تؤدى إلى كرب خطير إلى أن بلغت الثامنة عشرة من عمرها. حينئذٍ أصيبت شقيقتها الكبرى بسرطان القولون الذى أودى بحياتها فى النهاية. ومنذ ذلك الحين صار همها الشاغل أنها سوف تموت أيضاً بالسرطان، بحيث أضحت تفسر كل عرضٍ جسمى كإشارة إلى السرطان. فكانت إذا أحست أى وعكة بطنية (حتى لو كان سببها واضحاً وبسيطاً كالتخمة) تحدث نفسها: «إنه ربما يكون السرطان» فتشتد الوعكة وتؤدى إلى الإسهال. بذلك تكون دائرة للاشتداد قد تأسست كاستجابة للضغط: تهديد ◀ قلق ◀ تشنج القولون ◀ ألم ◀ قلق.

بإمكاننا أن نفهم التعاقب المؤدى إلى حدوث التهاب تقرحى خفيف بالقولون فى هذه الحالة. فقد كان مرض الأم يمثل ضغطاً نفسياً لهذه المريضة إذ يثير فيها هاجسَ الموت (موت والدتها وموتها هى أيضاً). وقد أدى هذا التهديد الدائم إلى القلق ومصاحباته الفسيولوچية. وإذ كانت القناة المعوية السفلية هى عضوها المستهدف، فقد أدت زيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل إلى المغص والإسهال. فوق ذلك كانت المعطيات الحسية الآتية من الأمعاء تُخضع للتقييم المعرفى: فتفسر كعلامات للسرطان، مما جعل المريضة تحس بتفاقم كل من القلق والمرض المعوى.

الاضطرابات الجسمية ذات الغطاء السيكولوچي

Physical disorders with psychological overlay

كثير من المرضى بهم مرض عضوى مؤكد وثابت. غير أن وجود عوامل نفسية لديهم يجعل عجزهم ومعاناتهم تتجاوز كثيراً حجم الاضطراب العضوى الفعلى. والحق أن هذا العجز والكرب الناجم من عوامل نفسية قد يكون هو السبب الوحيد للتدخل الطبى. فى هذه الفئة أو التصنيف تقع كثير من حالات «اعتلال القلب» cardiac invalidism. فالمريض الذى ألمَّ بقلبه شيء من الاضطراب العضوى قد يظل فى ذعر دائم من الموت بعد أن يبرأ من أى متاعب بدنية أو أى مرض قلبي متبقٍ. وقد يتجنب أى حركة أو إجهاد كى لا يرسِّب نوبة قلبية أو أى صورة من صور الموت المفاجىء. وهو من ثم يحدُّ من نشاطاته بدرجة كبيرة. وهو إذ يجتمع عليه الحرمان من مصادر إشباعه المعتادة ومرارة القلق المزمن يغدو فريسة للاكتئاب.

من الحالات العضوية التى تسهم فيها العوامل النفسية بنصيب كبير وتضيف كرباً وعجزاً صميماً، تلك الحالة التى أوردها كاتشر Katcher (١٩٦٩) لرجل فى الأربعين عانى سنوات طويلة من نوبات ذبحة صدرية. كانت صور رسم القلب تؤكد مرض الشريان التاجى [هبوط قطعة S- T الذى يتفاقم بعد التدريب البدنى].

لقد أعاقته علَّتُهُ وأقعدته لدرجة أنه لم يكن قادراً على أن يمشى أكثر من بضع خطوات دون أن يحس بألم صدرى شديد، وأنه إذا لم يتوقف ليستريح انتابه ألمٌ متكرر يعقبه ذعر من حدوث سورة الشريان التاجى.

استخدم الطبيب النفسى فى علاج هذا المريض مزيجاً من العلاج السلوكى والمعرفى. فقد أكد له وجود أدلة إحصائية على أن التمرين البدنى المتدرج يفيد مثل حالته وأن تجنُّب الجهد ضارٌ به محاولاً بذلك أن يقلص اعتقاده بأن الجهدَ البدنى حقيقٌ أن يرسِّب نوبة احتشاء القلب.

عندئذٍ أُعطى المريضُ جدولاً متدرجاً من التمرين البدنى. فكان يمشى مسافةً معينة إلى أن يشعر بألم حقيقى فيتوقف. وجعل يمد هذه المسافة بالتدريج حتى استطاع فى النهاية أن يمشي كما يشاء دون أن يعانى ألماً. وكان عليه كلما عاوده الخوف أن يردد: «لا بأس بالتمرين». هذه الطمأنة الذاتية كانت تهدئ قلقه، بل تزيد دافعيته لمواصلة المشى.

وحين أعيد رسم القلب بعد انتهاء فترة التدريب كانت النتيجةُ مُرْضية. فرغم أن قطعة S - T ظلت هابطة أثناء الراحة فإن هبوطها لم يتفاقم بعد التمرين.

يمكننا أن نفسر «الغطاء السيكولوجى» فى هذه الحالة كما يلى: بعد أعراض الذبحة الأولى كان المريض يتوقع الموت المفاجىء باحتشاء القلب، ويربط تلقائيًا بين التمرين البدنى وترسيب نوبة قلبية. بذلك كان يشعر بالخطر إزاء أى جهد جسمانى. هذا القلق السابق على المشى كان يزيد ضربات القلب وغيرها من استجابات الجهاز العصبى المستقل. مما يمثل عبئًا على القلب ويزيد من قصور الشريان التاجى. يترتب على ذلك أنه بعد مَسِير بضع خطوات كان يُصاب بذبحةٍ حقيقية: إنه نموذج كلاسيكى لنبوءة ذاتية التحقيق (تحقق نفسها بنفسها).

ما أن اقتنع هذا المريضُ بأن القلق هو الذى كان يرسِّب الذبحة وليس الجهد البدنى، حتى عاد قادراً على التقدم فى نظام التدريب إلى أن شفي من أعراضه.

تؤلف ذاتُ الرئة lung disease فئةً أخرى من الاضطرابات الجسمية ذات الغطاء النفسى. فمرضي الرئة قد يكونون على وعى بكل نفسٍ من أنفاسهم وكل حركة من حركات صدرهم. وبسبب علمهم بمرضهم الرئوى فهم كثيراً ما يعتقدون أن من الضرورى للبقاء أن يبذلوا جهداً إراديًا لامتصاص الهواء إلى الداخل ثم لدفعه إلى الخارج.

وقد تجلى هذا الصنف من المشكلات فى دراسة منهجية لحالات تعانى من صعوبة مزمنة فى التنفس (Dudley, Martin, and Holmes, 1964). فبين عشرين حالة معظمها حالات درن رئوى أو أمراض أخرى تسبب انسداد القناة التنفسية، وجد الباحثون أنه لا علاقة بين ضيق التنفس والإعاقة الفعلية لوظيفة الرئة. فعندما كان المرضى يغضبون أن يقلقون استجابةً للضوائق الحياتية المعتادة كانوا يميلون إلى «فرط التهوية» hyperventilation و«البُهر» dyspnea. ولم تكن هناك علاقة بين صعوبة التنفس والقصور الوظيفى الفعلى. تشير هذه الدراسة إلى أن البُهر (صعوبة التنفس) يتوقف على إدراك إشارات صادرة من الجهاز الرئوى. فقد كان لهؤلاء المرضى حساسية زائدة تجاه التغيرات الجارية فى الجهاز الرئوى القلبى، تلك التغيرات التى لا يعيرها الناس انتباها ولكنها بالنسبة لهؤلاء ترتبط بخطر الموت. وقد انعكس ذلك فى شعورهم الذاتى بالكرب. إن دائرةً خبيثة قد تكونت: قلق ◄── فرط تهوية ولَهْث hyperpnea ◄──بُهر ◄── قلق.

التصور الجسدى Somatic imaging

ألمعنا آنفًا لظاهرة « التصور الجسدى » فى شرحنا لأنواع الرهاب. وقلنا إن مرضى الخوف من المرتفعات على سبيل المثال كثيراً ما ينتابهم إحساسٌ بالانقلاب أو السقوط حين يشارفون حافة مكان مرتفع وقد يحسون بأنهم منجذبون إلى الحافة. وإن مريضة بالخوف من الماء كانت تحس كأنها تغرق عندما تتخيل نفسها فى الماء. وبالمثل يحس كثير من الناس بألم « نيابى » عندما يشاهدون شخصاً آخر قد أصيب، فيستجيبون كما لو كانوا هم المصابين.

وقلتُ فى الفصل الثالث إن رأىَ المرء فى نفسه عنصرٌ متممٌ لنطاقة الشخصى personal domain إلى جانب ممتلكاته المادية وقيمه المعنوية. ونعرض هنا لمكون أساسى آخر لمفهوم الذات هو ما يمكن أن نسميه « الذات الجسمية » bodily self أو « الذات البدنية » somatic self أو « صورة الجسم » body image (Epstein, 1973). إن تصور الفرد لذاته الجسمية فى وقتٍ ما قد يحدد شعوره فى ذلك الوقت، إنْ بالسرور أو الألم، بالقوة أو الضعف، بالحيوية أو الفتور. وقد يكون تصوره لحالته الجسمية أهم من حالته الجسمية الفعلية فى تحديد مشاعره وأحاسيسه.

قد يؤثر التنبيه البصرى على صورة الجسم فيؤدى إلى تنويعة عريضة من الأحاسيس الجسمية. فمن الممكنِ للصور المتحركة المنعكسة على شاشة منحنية (مثل السينراما) أن تخلق فى المتفرج وهماً بانه يعتلى مركبةً سريعة مثل الزلاّجه أو أنه يهوِى فى الفضاء. إنه يحس نفس الإحساسات كما لو كان منطلقاً أو ساقطاً بالفعل. بنفس الطريقة قد تُحدث الصورُ المتحركة لأناسٍ يُشَوَّهون ويُمزَّقون مشاعر الألم والقلق فى المشاهد. هذه الظاهرة التى تتضمن إحساسات جسمية متولدة من خداعات بصرية هى مثال آخر « للتصور الجسدى » somatic imaging.

قد يحدث « التصور الجسدى » بطبيعة الحال بدون تنبيه بصرى. إنه ظاهرة منتشرة سجلها منذ أكثر من مئة عام سير فرانسيز جالتون F.Galton (١٨٨٣). من الأفراد الذين درسهم جالتون من كانت لديهم إحساسات جسمية من الوضوح والحيوية بحيث يصعب عليهم أن يحددوا هل هى وليدة التخيل أو وليدة تنبيه جسمى حقيقى.

قد تؤدى الخيالات أو أحلام اليقظة إلى إحساسٍ شديد بالجسم. وكثيراً ما يصف المرضى

النفسيون هذا النوع من التصور الجسدى. مثل ذلك المريض الذى كانت تنتابه تخيلاتٌ متكررة لقضيبه وهو يصاب بأذى. فكان إذا سمع صوت نافذة تغلق يتصورها تصطك على قضيبه ويحس بانسحاقه. وإذا رأى فجأة سكينًا حادةً يتصورها تقطع قضيبه ويحس في نفس الوقت بألم حاد بالقضيب.

وقد تؤدى فكرة الأذى الجسمي إلى إحساسات بدنية. ولنضرب لذلك مثلاً بذلك المراهق الصغير الذى كان يستجيب بقلق لمرأى الدم أو أى تشوه جسمى، وكان حساساً بوجه خاص لأى مؤثر يوحى بتكسُّر العظام. ويحدِّث نفسه حين أراه المعالجُ عظمةً: «قد تكون ساقى انكسرت» ويحس بألم فى ساقه وبأن العظمة تنتأ من جلد الساق. وذلك مريض آخر كان شديد التقمص للمتألمين والمعاقين. فعندما قرأ تقريرًا عن مريض عقلى متهيج قام أحد المعاونين بتثبيت ذراعيه، أحس بضغط شديد على ذراعيه كما لو كانتا تُثَبَّتان. وعندما قرأ عن مريض كان يفقد بصره بالتدريج أحس بإعتامٍ عابر فى بصره. فى هذه الحالة تكون الفكرة، وليس الخيال البصرى، هى ما ولَّدَ الإحساسات البغيضة.

الهســتريا

الهستريا هى امتداد مرضى لعملية «التصور الجسدى» somatic imaging. وأكثر صور الهستريا التى نشاهدها هذه الأيام تتألف من نوعٍ من الاضطراب الجسمى لا أساس له من مرض عضوى يمكن إثباته أو من خللٍ فسيولوچى. قد يأتى هذا الاضطراب الجسمى على هيئة فقد القوة فى أحد الأطراف (شلل أو ضعف)، أو فقد الإحساس فى جزء من الجسم، أو الإحساس بألم فى غياب أى تنبيه لمستقبلات الألم، أو زيادة نشاط العضلات كما فى حالة الغَصِّ choking الهستيرى أو حالة الصرع الكاذب.

حين يفحص الطبيبُ أحدَ مرضى الهستريا يكون بوسعه فى الغالب أن يتثبَّت أن الصورة التى يتخذها العرض الهستيرى لا تتمشى مع التشريح الفعلى لجسم الإنسان بل مع تصور المريض لأعراض مرضٍ جسمى معين. فعقب إصابة بالساق مثلاً أو بالساعد قد نجد لدى مريض الهستريا فقداً للإحساس آخذاً توزيع «الجورب ـ القفاز» stocking - glove وهــو توزيع لا يمكن أن ينشأ من أى إصابة. وبالمثل إذا ظن مريض الهستريا أن مخه قد أصيب فقد

يحس بشلل أحد الأطراف الواقعة على نفس الجهة التى حدثت بها الإصابة المخية المفترضة، بينما يستلزم تشريحُ الجهاز العصبى أن يأتى الشلل فى الجهة المقابلة. وفيما يلى حالات توضح قوة التصورات الذهنية وسطوتها:

هذا مريض كان يعاني من عطب مخى عضوى واضح عقب احتشاء قلبي (Stein et al.,1969). أظهرت الاختبارات النفسية وجود عجز لديه فى الاستدعاء الفورى وعجز فى التركيز الذهنى. وفى جلسات العلاج النفسى التى عقدت له تبين أن لديه تحريفًا معرفيًا يتعلق بتأثيرات نوبة القلب التى أصابته. فقد كان يعتقد بان هناك شريانًا يغذى المخ يخرج من القلب مباشرةً عند موضع الاحتشاء وأن هذا الشريان صار مسدودًا وأدى ذلك إلى عطب نهائى بالمخ. وحين تمكن المعالج من البرهنة له على خطأ استنتاجه برسم صورة بيانية تشريحية، تلاشت أعراض العطب الدماغى العضوى.

وقد عالج شاركو charcot العديد من حالات الهستريا عن طريق «التنويم» hypnosis. وفيما يلى بعض الحالات التى أوردها وهى تثبت أن الأعراض الحركية والحسية كانت مظاهر وتجليات للمفهوم الخاطىء للمرض العضوى عند المريض.

فهذا مريضٌ صدمته مركبة ثم مضت غير عابئة به. فاعتقد خطأً أنها دهسته وسحقت رجليه الثنتين. وأصيب بشللٍ هستيرى بهما.

وفى حالاتٍ أخرى كان العرض الهستيرى يقوم على «تشخيص» خاطئ من جانب المريض للتأثيرات الناجمة من إصابة حقيقة.

فهذا جندى أصيب برصاصة فى ساقه فظل يعانى من خُدار (فقد للحس) من صنف «الجورب» stocking anesthesia. فقد كان يعتقد أن الرصاصة قد قطعت عصبًا بالساق. وبمجرد أن أوضح له الطبيب أن العصب سليم لم يُصَب بأذى زايله الخُدار (فقد الحس).

تشير هذه الأمثلة إلى أن الهستريا هى خير مثال على الإطلاق لظاهرة «التحريف المعرفى» cognitive distortion فى الأمراض النفسية. فمريض الهستريا يعتقد أن به مرضًا جسميًا ما ومن ثَم يحس بأعراض المرض المزعوم: فيعجز عن رفع رجله أو يفقد الحس فى جزء من جسمه أو يضعف بصره أو سمعه. وحين نتناول الاعتقاد الخاطىء بالتعديل والتصحيح عن طريق الإيحاء أو التنويم أو الإيضاح والإثبات أو العلاج المعرفى لا يلبث العرضُ الهستيرى أن يزول.

من أطباء القرن التاسع عشر من اقترب من فهم الهستريا ورأى أن لدى مريض الهستريا مفهومًا ذهنيًا زائفًا يقوم بالتعبير عنه في هيئة مرض جسمي. فق وصف الطبيب الإنجليزى رينولدز Reynolds (١٨٦٩) أنماطًا من الشلل ناجمة من أفكار خاطئة. إلا أن الفضل يرجع إلى شاركو فى انتشار هذه الملاحظة وذيوعها. فقد كان عليه دائمًا بصفته واحدًا من أعظم أطباء الأعصاب فى عصره أن يفصل الاضطرابات التى تتشبه بالأمراض العضوية عن الاضطرابات الناشئة عن عطب حقيقى بالجهاز العصبى. ومن خلال عمليات التنويم التى كان يقوم بها لمرضاه خلص إلى نتيجة تفيد أن الهستريا تنشأ من «فكرة مُمْرِضة» pathogenic idea. من شأن هذه الفكرة الباطلة القائمة على افتراض خاطىء أن تختفى عندما يزول العرض الهستيرى بالتنويم. أثبت شاركو أن الاضطرابات الجسمية قد تنتج من عمليات سيكولوچية. وهو مما شجع فرويد على استخدام العلاج النفسى فى حالات العصاب.

من أهم إسهامات شاركو فى البحث السيكولوچى ما كان يقوم به من إحداث شلل فى الأفراد الخاضعين للتجربة عن طريق التنويم. لقد كانت فكرة «يدى اليمنى عاجزة» تُحْدِث نفس الاضطراب الإكلينيكى الملاحظ فى الشلل الهستيرى التلقائى. وقد اعتبر البعض هذا الوصل بين الظواهر الإكلينيكية والتجريبية مساويًا لعملية إنتاج المرض البشرى والحيوانى فى معامل باستير وكوخ. يقول هافنس Havens (١٩٦٦): «فى حالة الأمراض النفسية، ليس العامل المسبب هو ضمة الكوليرا cholera vibrio أو عُصَيَّة الدرن tubercle bacillus، بل العامل المسبب هو فكرة... إيحاء...».

بعد أن اطَّلَع فرويد على إضافات شاركو ولاحظه فترةً من الوقت أثناء عمله، بدأ يستخدم التنويم مثله فى علاج الهستريا. ثم استبدل بالتنويم فيما بعد فنية «التداعى الطليق» Free association. كان هذا التغير فى الطريقة مؤشرًا لانتقال بؤرة التركيز من الفحص العصبى الموضوعى إلى الاهتمام بأفكار المريض وخيالاته وانفعالاته ورغباته وأحلامه، لتغدو هذه العناصر هى عُدَّة المعالجين الديناميين الجدد. لقد تخطى فرويد كثيرًا مفهوم شاركو المبسط للأعراض الهستيرية كنتاج لأفكار خاطئة، وشرع فى إنشاء نظرية معقدة. وحلّت أطروحته عن تحول الرغبات الجنسية اللاشعورية إلى أعراض هستيرية محل فكرة شاركو. وما يزال التصور الفرويدي هو المهيمن على مفهوم الهستريا السائد اليوم. ففى عام ١٩٥٢ استبدل المصطلح الرسمى لرابطة الطب النفسى الأمريكية بلفظة «هستريا» مصطلح «الاستجابة التحولية» conversion reaction وهو مستمد من مفهوم التحول عن فرويد. وقد تقبلت كتب الطب النفسى الأمريكية بصفة عامة المفهوم الفرويدى للهستريا.

ورغم أن « الفكرة الممّرضة » التى قال بها شاركو كعاملٍ حاسم فى الهستريا غدت عتيقة الزي، فلا شك أن صياغته توافق المعطيات الإكلينيكية المستمدة من المناظرة المنهجية لمرضي الهستريا . فحدوث الأعراض الهستيرية يغدو مفهوماً دائماً بمجرد أن ننقب عن خبرات المريض ونستكشف معانيها الخاصة . إن كشف الأفكار الخاطئة للمريض يقدم تفسيراً صحيحاً للعرض الهستيرى . والمبدأ الأساسى هنا هو أن الهستريا تتشبه بالمرض العضوى ليس لأن المريض يريد أن يحاكى مرضاً بل لأن اعتقاده خاطىء .

كثيراً ما يتقمص مرضى الهستريا شخصاً آخر يعانى، أو كان يعانى، من اضطراب جسمى أو نفسى شبيه بالأعراض الهستيرية . كان المفتاح إلى كشف هذه الآلية الخاصة من آليات تكوّن الأعراض هو ملاحظة الميول التمثيلية عند مرضي الهستريا فى عنابر سالبتريير حيث كان يعمل شاركو . وقد ذكر جانيت Janet، أحد تلاميذ شاركو، فيما بعد أن كثيراً من مرضى شاركو كانوا « يتعلمون » الهستريا داخل العنبر . فقد كانوا يلاحظون حالات صرع حقيقى بل يساعدون فى علاج هذه الحالات، ثم يعانون من جراء ذلك من نوبات صرع هستيرى تحدث لهم فى وقت لاحق (Havens, 1966) .

يذكّرنا هذا الصنفُ من التقمص بظاهرة نوبات التشنج السارية حيث تنتقل هذه الظاهرة من شخص إلى آخر بالعدوى . إن النظرة العصرية المستنيرة تعزو هذه الظاهرة إلى عوامل سيكولوجية لا إلى مَسّ شيطانى أو سحر كما كان يُظَن فى يوم من الأيام .

وقد روى عدد من مرضى التشنج الهستيرى عن صلتهم بقريب مصاب بنوبات الصرع . وحكى آخرون عن تأثرهم الشديد لدى ملاحظتهم أو قراءتهم عن شخص آخر به عرض شبيه بما أصابهم . مثل تلك المريضة « بعصاب القلب » cardiac neurosis التى عايشت معاناة أمها من فشل القلب سنوات عديدة (إذ أخذ قلبها يتدهور إلى أن توفيت فى سن الثانية والثلاثين) . ذكرت هذه المريضة أنها كانت تعاودها فكرةٌ مفادها أنها سوف تُصاب بالقلب عندما تبلغ عمر أمها . وما كادت تبلغ الثامنة والعشرين حتى بدأت تعانى من آلام بالصدر وإرهاق سريع وضيق في التنفس ـ تماماً كما كانت تعاني أمها . ولازمتها هذه الأعراضُ عشر سنوات، رغم سلامة الفحوص المتكررة، وأدت بها إلى كربٍ دائم وتقييد شديد لأنشطتها . إلى أن زالت الأعراض الهستيرية بعد مزيجٍ من العلاج المعرفى والسلوكى .

وبنفس الطريقة أمكن تتبع عدد من حالات الغَصّ choking الهستيرى وردّها إلى أحداث وقعت فى سن مبكرة نسبياً . يذكر هؤلاء المرضى أنهم قرأوا أو سمعوا عن شخصٍ

آخر غَصَّ بالطعام حتى مات، فما لبثت أن تملكتهم فكرة « هذا يمكن أن يحدث لى ». فكان أحدهم كلما مَرَّ بضغوط نفسية بعد ذلك يحس بضيق فى الصدر، وبخاصة أثناء تناول الطعام، فيحدِّث نفسه: « هذا دليل على أننى لن أستطيع ابتلاع الطعام كما ينبغى ». وبقدر ما يلتفت إلى هذه الفكرة تزداد عنده صعوبة البلع، فيتدعم اعتقادُه بوجود خلل فى عضلات الحلق وبأنه سوف يغص حتى الموت.

بوسعنا الآن نلخص نشوء العرض الهستيرى: يقر فى رُوع الهستيرى (نتيجة إصابة ألمت به أو نتيجة تقمصه لأعراض غيره) أن به مرضًا عضويًا. وهو إذ تتملكه هذه الفكرة تغشاه إحساسات جسمية ـ تصور جسدى somatic imaging. تنشأ عن ذلك آلية دائرية. إنه « يقرأ » إحساساته الجسمية كدليل على إصابته بالمرض. بذلك يزداد اعتقاده صلابةً ورسوخًا وتشتد أعراضه الجسمية بنفس الدرجة.

يعتمد المدخل العلاجى للأعراض الهستيرية على عملية قلب الدائرة الخبيثة التى تكونت. فيمكن للمعالج أن يوضح للمريض أنه لم يفقد تحكمه بعد ـ أنه قادر مثلاً على تحريك الطرف المشلول. من شان هذا الإثبات (سواء أتم ذلك بالإيحاء أم بالإقناع أم بالتنويم) أن يقوِّض الاعتقاد الخاطئ. فضلاً عن ذلك فإن المعالج إذ يحث المريض على تخيل نفسه يحرك طرفه فهو بذلك يستخدم الخيال استخدامًا بنّاءً. كما يمكن للمعالج أن يبدأ العلاج بتفنيد المفاهيم الخاطئة للمريض وإعادة تعليمه (كما فى حالة الرجل الذى كان يعانى من أعراض تحاكى التدهور الذهنى عقب تخثر تاجى coronary thrombosis). وإذ تهتز « الفكرة المُمْرِضة » الخاطئة فإن العرض يتراجع فيكون بذلك دليلاً إضافيًا للمريض على أن اعتقاده فى مرضه هو اعتقاد خاطئ، مما يعزز الشفاء أكثر فأكثر.

بهذه الطريقة، فإن علاج الهستريا يستغل ملكة التخيل عند المريض بطريقة بناءة ويشفى العرض « بصرف تصوره » imaging away the symptom. وفوق ذلك، فإن قلب دائرة الاشتداد (كما فى حالة الأمراض النفسجسمية) تُحدث تحسنًا متناميًا. يتألف جوهر العلاج فى حالات الهستريا من عملية تحويل اعتقاد غير صحيح إلى آخر صحيح. إن آلية الشفاء فى هذا المقام هى فى الأساس نفس الآلية فى حالات الاكتئاب والقلق والرهاب: صَحِّحْ الاعتقادَ الخاطئ تخفُّ العرض المرضى.

الفصل التاسع

مبادئ العلاج المعرفي

«إذا شئنا أن نغير العواطف، فمن الضروري قبل كل شيء أن نغير الفكرةَ التي انتجتْها. وأن نتبين أنها إما فكرةٌ غير صحيحة في ذاتها أو أنها لا تمسّ شئوننا ومصالحنا».

بول دبويس

رأينا فى الفصول السابقة أن الاضطرابات النفسية الشائعة تتمركز حول انحرافات معينة فى التفكير. ويبقى التحدى الحقيقى أمام العلاج النفسى هو أن يقدم للمريض فنيات فعالة للتغلب على نقاطه العمياء blindspots، وعلى إدراكاته المشوشة وطرائقه في خداع ذاته. إنه لمؤشر واعد أن نلاحظ أن المرء يتفاعل بواقعية وفعالية فى المواقف التى لا تمت بصلة لعصابه، وأن أحكامه وسلوكه فى المناطق الواقعة خارج حدود حساسيته الخاصة كثيراً ما تعكس مستوى وظيفياً عالياً، وأنه قبل حدوث العصاب كثيراً ما يبدى نمواً وافياً فى أدواته التصورية التى يتعامل بها مع مشكلات الحياة.

بوسع المرء أن يستخدم المهارات السيكولوجية (دمج الخبرة وتسميتها وتأويلها) فى تصحيح الانحرافات النفسية. وحيث أن المشكل النفسى المركزى وعلاجه أيضاً كلاهما يتعلق بتفكير المريض (أو معرفته) فقد أطلقنا على هذا الشكل من العون « العلاج المعرفى » cognitive therapy.

يتألف العلاج المعرفى بمعناه العريض من كل المداخل التى من شأنها أن تخفف الكرب النفسى عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة. ولا يعنى توكيدُنا على التفكير أن نغمط أهميةَ الاستجابات الانفعالية التى هى المصدر المباشر للكرب بصفةٍ عامة. إنما يعنى ببساطة اننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريق تفكيره. وبتصحيح الاعتقادات الباطلة يمكننا أن نخمد أو نغير الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة.

هناك وسائل عديدة لمساعدة المريض على أن يقيِّمَ نفسه وعالمه تقييماً أكثر واقعية : فهناك المدخل العقلانى intellectual الذى يتألف من كشف المفاهيم الخاطئة واختبار صحتها والاستعاضة عنها بمفاهيم أكثر مواءمة. وكثيراً ما تبرز الحاجة إلى تغيير موقفى واسع النطاق. وذلك حين يفطن المريض إلى أن القواعد التى استند إليها فى توجيه فكره وسلوكه قد أضلته وخدعته وعملت على هزيمته.

وهناك المدخل الخبروى experiential الذى يعمد إلى تعريض المريض لخبراتٍ هى من الشدة بحيث تحمله على تغيير مفاهيمه. فالتفاعل مع الآخرين فى مواقف منظمة خاصة مثل جماعات الملاقاة encounter groups أو العلاج النفسى التقليدى قد يساعد الشخص على أن يدرك الآخرين إدراكاً أكثر واقعية وأن يعدِّل بالتالى من استجاباته غير التكيفية وغير الملائمة تجاههم. ففى جماعات الملاقاة مثلاً، فإن الخبرات البينشخصية قد تخترق التوجهات

غير التوافقية التي تعوق المريض عن التعبير عن المشاعر الحميمة . ومثل ذلك يحدث فى العلاج النفسى . فكثيراً ما يستجيب المريض للدفء والقبول الذى يمنحه إياه المعالجُ النفسى بأن يعدّل مفهومه النمطى الجامد عن صور السلطة . وقد أطلق على مثل هذا التغيير « الخبرة الانفعالية المصحِّحة » corrective emotional experience (Alexander, 1950) . فأحيانًا ما تتم الفعالية العلاجية بدفع المريض إلى أن يَغْشَى مواقفَ دَأَبَ من قبل على تجنبها بسبب مفاهيمه الخاطئة .

وهناك المدخل السلوكى behavioral الذى يحث المريض على تبنى أنماط معينة من السلوك من شأنها أن تغير فى عموم نظرته إلى نفسه وإلى العالم الواقعى . إن ممارسة فنيات للتعامل مع الأشخاص الذين يرهبهم المرء، كما يحدث فى تدريبات توكيد الذات as-sertive training، تكسبه نظرةً أكثر واقعية تجاه الآخرين وتعزز ثقته بنفسه فى ذات الوقت .

ولكن لماذا يفشل العصابى فى تغيير مواقفه اللاتكيفية مادام العصاب هو ثمرتها ونتاجها؟ لماذا يفشل فى تغييرها خلال خبرة الحياة أو بمساعدة والديه أو أصدقائه؟ لماذا يحتاج إلى معالجٍ محترف؟ ألسنا نرى أن بمقدور المرء فى أحوالٍ كثيرة أن يحل مشاكله بنفسه أو بمشاورة جارٍ عجوز حكيم؟ بلى وإن كثيراً من الناس ليستخدمون بالسليقة، وبنجاحٍ تام، صنوفًا من التقنيات هى من صميم أدوات المعالج السلوكى . فيقومون مثلاً بتعريض أنفسهم بالتدريج للمواقف التى يرهبونها، أو يتخيلون أنفسهم فى تلك المواقف (خفض الحساسية المنظم systematic desensitization) أو الاقتداء بالغير فى سلوكهم (النمذجة modeling) . أو يَمْتَحون من « الحكمة الشعبية » Folk wisdom (الخبرة المتراكمة لجماعتهم الثقافية) لدى الأصدقاء والأقارب أولى الرأى والمشورة .

أولئك الذين يلتمسون العلاج الرسمى، ويلتصق بهم على غير عمد لقب « مريض » أو « عميل » هم البقية الباقية التى فشلت فى السيطرة على مشكلاتها . ربما لأن رد فعل هذه المشكلات عليهم هو من الشدة والحدة بحيث لا يستجيب لخبرات الحياة المعتادة أو للعون الذاتى . فقد يكون المريض من البدء هشًا لم يكتسب القدرات التكيفية التى يواجه بها المصاعب . وقد تكون مشكلاته عميقة متأصلة . وقد تكون « وصفة سيئة » هى التى أوقعته فى الاضطراب . وقد يكون مفتقراً إلى المصادر غير المهنية للعون . ولا ننس أن الحكمة الشعبية ـ على نفعها فى أحوالٍ كثيرة بل ودخولها فى صميم الكثير من العلاج النفسى ـ لا يندر أن تمتزج بالخرافات والأساطير والمفاهيم الخاطئة التى تخلق توجهًا وبيلاً غير واقعى . زد أن كثيراً

من الناس لا يجدون فى أنفسهم حافزاً على الانخراط فى برنامج تحسين ذاتى ما لم يتم ذلك فى إطارٍ حرفى.

إن العلاج النفسى، على أية حال، هو الأنفع والأنجع فى المشكلات. ويعود ذلك إلى السلطة الكبيرة التى نسندها إلى المعالج، وإلى قدرته على تمحيص المشكلات، ودُرْبته على تقديم مجموعة منظمة ومناسبة من الإجراءات العلاجية.

أهداف العلاج المعرفى

أنسب ما تكون الفنيات المعرفية حين تقدَّم إلى أناسٍ لديهم القدرة على الاستبطان introspection وعلى التأمل فى أفكارهم الخاصة وخيالاتهم. إن المدخل المعرفى هو في جوهره امتداد وتحسين لما دأب الناس على فعله بدرجاتٍ متفاوته منذ المراحل الأولى لتطورهم الفكرى. والفنيات العلاجية من مثل: تسمية الأشياء والمواقف، غربلة الفروض، تنقية الفروض واختبارها ـ كلها قائمة على مهارات يستخدمها الناس على السجية ودون اطلاعٍ على العمليات الداخلة فيها.

هذه الوظيفة الفكرية الخاصة شبيهة بعملية تكوين الكلام حيث تُطَبَّق قواعد النطق والبناء النحوى دون وعى محتشد لهذه القواعد أو لتطبيقها. أما إذا ابتُلىَ أحد البالغين باضطراب كلامى يريد تقويمه أو إذا أراد تعلم لغة جديدة، فلا نُدْحةَ له عندئذ من أن يركز انتباهه على تكوين الجمل والكلمات. وبنفس المقياس، عندما يجد صعوبة فى تفسير جوانب معينة من الواقع فقد يفيده أن يركز على القواعد التى يتبعها فى بناء أحكامه، فربما ظهر له إذَّاك أن القاعدة خاطئة أو أن تطبيقه للقاعدة غير صحيح.

غير أن بناء الأحكام الخاطئة قد يغدو عادةً متأصلة عميقة الجذور في نفسه بعيدة عن منال وعيه ودرايته بحيث يتطلب تصحيحُها خطواتٍ عديدة. إن عليه أولاً أن يصبح واعياً بما يفكر فيه. ويتوجب عليه ثانياً أن يميز أى الأفكار هي الزائغة المنحرفة. وعليه عندئذ أن يستبدل بالأحكام المختلة أحكاماً دقيقة. وهو بحاجة فى النهاية إلى تغذية مرتجعة Feedback تنبئه بمدى صحة ما حققه من تغيير. إنه نفس الصنف من التتابع اللازم لكل تغيير سلوكى مثل تحسين الأداء فى إحدى الرياضات أو تصحيح أخطاء العزف على آلة موسيقية أو إحكام فنيات الجدل والإقناع.

ولكى نوضح عملية التغيير المعرفى سنتخير مثالاً (جسيمًا) بعض الشىء. وهو حالة شخص لديه خوف من جميع الغرباء. عندما نستكشف ردود أفعال هذا الشخص فقد نجد أنه يعمل وفق قاعدة: « كل غريب هو فَظٌّ عدائى ». إن القاعدة هى الخاطئة فى هذه الحالة. وقد يكون هذا الشخص، من جهة أخرى، مدركًا أن الغرباء يتفاوتون فيما بينهم، ولكنه لم يتعلم أن يميز بين الغريب الودود والغريب المحايد والغريب الفظ. إن الخلل فى مثل هذه الحالة هو فى تطبيق القاعدة، أى تحويل المعلومات المتاحة فى موقفٍ معطى إلى حكم مناسب.

بديهى أنه ليس كل من يخطئ التفكير يحتاج إلى أن يقوِّم فكره أو يريد ذلك. إنما تحق المساعدة لمن تسلمه أخطاؤه للحزن والابتئاس وتوقع فى حياته الفوضى.

تتمثل المشكلات التى تدفع المرء إلى التماس العلاج فى صورة كربٍ ذاتى (كالقلق أو الاكتئاب)، أو مصاعب فى سلوكه الظاهر (مثل الكف المعطِّل أو العدوانية)، أو قصور فى استجاباته (كالعجز عن الإحساس بمشاعر دافئة أو التعبير عنها). وفيما يلى نوجز أنواع التفكير الذى يبطن هذه المشكلات:

تحريفات الواقع الملموسة المباشرة

من التحريفات المألوفة لنا جميعًا تلك الأفكار التي يضمرها مريض البارانويا الذى يستنتج، دون تمييز، عندما يرى الآخرين - أنهم يريدون أن يؤذوه (حتى أولئك الذين يودّونه بشكلٍ واضح). أو كما قال لي أحد المرضى ذات يوم: « لقد قتلت الرئيس كينيدى ».

تحدث تحريفات أقل حدةً من ذلك فى جميع أنواع العصاب. فقد يرى أحد مرضى الاكتئاب مثلاً أنه لم يعد قادراً على أن يكتب على الآلة الكاتبة أو أن يقرأ أو يقود سيارة. على أنه حين يتورط فى إحدى هذه المهام يجد أداءه كفئًا لم يزل. وقد يشكو رجل أعمال أنه مشرف على الإفلاس، ثم يتبين من فحص حساباته أن موقفه المالى وطيد بل فى ازدهار. ونحن حين نسمى ذلك « تحريف الواقع » فإن مبررنا أن التقدير الموضوعى للموقف يناقض تقديره.

هناك تحريفات سهلة الكشف نسبيًا. من أمثلة ذلك أفكار من قبيل « إننى أزداد بدانة » أو

«إننى عبء على أسرتى» وهناك أحكام يتطلب التحقق منها جهداً أكبر، مثل «لا أحد يحبنى» . فى مثل هذه الحالات فإن الجلسات العلاجية، خاصة إذا كان المريض قد تدرب على تسجيل أفكاره الأوتوماتيكية، تزودنا بمعمل ممتاز لكشف التحريفات. وهناك، بعد، تحريفات يتبينها المعالج على الفور. مثال ذلك أن يعرب مريضٌ يكنُّ له المعالج مشاعر دافئة عن اعتقاده بأن المعالج لا يحبه.

التفكير غير المنطقى

هناك أحوالٌ لا يكمن فيها الخطأ فى تقدير المريض للواقع بل فى النظام الذى يتخذه فى بناء الاستدلالات واستخلاص النتائج من الملاحظات: يسمع المريض ضوضاء بعيدة فيستنتج أن أحداً قد أطلق عليه النار من مسدسه. فى مثل هذه الحالات إما أن تكون المقدمات الكبرى خاطئة أو أن العمليات المنطقية مغلوطة. فهذا مريض بالاكتئاب يلاحظ أن هناك تسريباً بأحد صنابير الحمام، وأن الشعلة الدائمة بالموقد قد نفدت، وأن إحدى درجات السلم مكسورة فيستنتج: «إن المنزل برمته فى تدهور». لقد كان المنزل بحالة ممتازة (باستثناء هذه المشكلات الصغيرة) . الخَطْب أن صاحبنا قد ارتكب تعميماً مفرطًا غاية الإفراط. وبنفس النهج فإن المرضى الذين يعانون مصاعب ناجمة عن سلوكهم الظاهر كثيراً ما يبدأون من مقدمات خاطئة. فذلك الذى دأب على تنفير الغير من صحبته بسبب عدوانيته الزائدة قد يكون تصرفه خاضعًا لقاعدة: «إذا لم أزح الناس عن طريقى أزاحونى» . أما المثبَّط الهياب فقد يكون سائراً على هذا المبدأ دون تمييز: «إذا فتحت فمى فسينقض علىَّ الجميع» .

التعاون العلاجى

لبعض العوامل أهمية فى جميع أشكال العلاج النفسى، غير أنها فى العلاج المعرفى تغدو حاسمة جوهرية بشكلٍ استثنائى. فمن المسلم به أن التعاون الأصيل بين المعالج والمريض هو مكوِّن أساسى لأى علاجٍ فعال. فحين يتخبط الطرفان فى اتجاهات مختلفة، كما يحدث أحيانًا، فإن ذلك يصيب المعالجَ بالإحباط والمريض بالكرب. إن من الأهمية بمكان أن ندرك

أن كلاً من مقدم الخدمة (المعالج) ومتلقيها (المريض) قد يتصور العلاقة العلاجية بشكل جد مختلف. فالمريض مثلاً قد يتصور العلاج كعملية تشكيل كتلة من الصلصال يقوم بها رمزٌ إلهى كلى القدرة والعلم. وللحد من مثل هذه المخاطر يتعين على كل من المريض والمعالج أن يصلا إلى اتفاق فى الرأى بصدد أى المشاكل يتطلب المساعدة، وما هو هدف العلاج، وكيف يخططان لبلوغ هذا الهدف. إن الاتفاق حول طبيعة العلاج ومدته هو عامل حاسم فى تحديد نتائجه. لقد أثبتت إحدى الدراسات أن وجود تفاوت بين توقعات المريض ونوعية العلاج الذى يتلقاه بالفعل يؤثر تأثيراً عكسيًا فى النتائج المحصلة. ومن جهة أخرى بدا أن تلقى المريض لبعض التعليم المبدئى عن الصنف العلاجى المختار يعزز من تأثير هذا العلاج (Orne and Wender, 1968).

كما يتعين على المعالج أن يلتفت إلى التقلبات التى تعترى مشكلات المريض من جلسة إلى أخرى. فكثيراً ما يصوغ المرضى «جدول أعمال» يضم الموضوعات التى يريدون تناولها فى جلسة بعينها. فإذا ما أهمل المعالج ذلك ولم يعره اهتماماً فإنه يضفى على العلاقة توتراً لا داعىَ له. من ذلك أن يكون المريض منغَّصاً مهموماً بمشاحنة جديدة بينه وبين زوجته بينما المعالج متصلب فى التزامه بمخطط مقدَّرٍ سلفًا (مثل فحص حساسيته من رهاب الأنفاق). مثل هذا التعنت من جانب المعالج قد يدفع المريضَ إلى أن يعرض عنه وينأى بجانبه.

من المفيد أن ننظر إلى علاقة (المريض / المعالج) بوصفها جهداً مشتركًا. فليست مهمة المعالج أن يحاول إصلاح المريض، بل بالأحرى أن يتحالف معه «ضدها» أى ضد مشكلة المريض. إن تركيز الاهتمام على حل مشكلات المريض لا على عيوبه المفترضة أو عاداته السيئة يساعده على أن يفحص مصاعبه بانفصال أكبر، ويُذْهِب عنه مشاعر الخزى والدونية والتوجه الدفاعى. إن مفهوم الشراكة partnership العلاجية يتيح للمعالج أن يحصل على تغذية مرتجعة قيمة عن كفاءة الفنيات العلاجية، وعلى مزيد من المعلومات المفصلة عن أفكار المريض ومشاعره. لقد اعتدتُ شخصياً، على سبيل المثال، حين أستخدم «خفض الحساسية المنظم» أن أطلب من المريض أن يصف كل صورة ذهنية وصفًا مفصلاً. فكان وصفه فى أغلب الأحوال مفيداً غاية الفائدة، بل كاشفًا فى أحيان كثيرة عن مشكلات لم يتم التعرف عليها فى السابق. ومن شان ترتيبات «الشراكة» كذلك أن تحد من ميل المريض إلى أن يسقط على المعالج دور السوبرمان. على المعالج، كما تبين لباحثين مثل روجرز وتروكس، أن يتمتع بالخصال التالية كى يأتى العلاج بثمرته فى يسر وسهولة: الدفء الأصيل، القبول، المشاركة

الوجدانية الصحيحة والقدرة على الإحساس بمشاعر الغير على نحوٍ دقيق (Rogers, 1951, Truax, 1963). من الأيسر لهذه الخصال أن تبرز وتفعل فعلها حين يعمل المعالج مع المريض كشريك متعاون لا حين يتخذ دوراً شبه إلهى ويلبس ثوب العليم القادر.

تأسيس المصداقية

لا تبرأ الاقتراحات والصياغات التى يقدمها المعالج فى كثير من الأحيان من أن تكون مصدراً لبعض المشكلات. فحين ينظر المرضى إلى المعالج كنوعٍ من السوبرمان يكونون أميل إلى قبول تفسيراته وتوجيهاته والتسليم بها كمنطوقات مقدسة. مثلُ هذا التناول البليد لافتراضات المعالج وأخذها على علاتها يحرم العلاجَ من التصحيح الذى يمكن أن يأتى به التقييم النقدى من جانب المريض لآراء المعالج.

هناك مشكلة من صنف آخر تتعلق بالمرضى الذى يستجيبون آليًا لتصريحات المعالج بالشك والريبة. يظهر ذلك فى أبلغ صوره عند مريض البارانويا والاكتئاب الشديد. فحين يعمد المعالج إلى كشف التحريفات التى يقوم بها المريض لصورة الواقع قد يلفى نفسه متورطاً فى المنظومة الاعتقادية الراسخة لذلك المريض. لذا يتحتم على المعالج أن يؤسس أرضيةً عامة بشكلٍ ما أو يجد نقطة التقاءٍ ما بينه وبين المريض، فيشرع عندئذٍ فى توسيع دائرة الاتفاق بدءاً من هذه النقطة. إن مرضى الاكتئاب مثلاً كثيراً ما يرين عليهم اعتقادٌ بأن اضطرابهم الانفعالى سوف يدوم ويتفاقم ولن يفيد فيه علاج. فإذا كان المعالج حيال مريضٍ من هؤلاء وتعجل باتخاذ موقف حماسى متفائل، فقد يتراءى للمريض أن هذا المعالج إما كاذب ملفق أو أنه لا يعى جسامة مرضه وعياً حقيقياً أو أنه، ببساطة، رجل أحمق. كذلك الشأن فى حالة مريض البارانويا. فحين يحاول المعالج أن يصحح آراءه المشوهة للواقع قد يدفعه فى حقيقة الأمر إلى مزيد من الاعتقاد بها. وربما بدأ فى اعتبار المعالج عضواً فى «المعارضة» وأفرغ له دوراً محورياً داخل منظومته الضلالية.

إن المدخل الأسلم فى تأسيس المصداقية هو أن نوصل للمريض رسالة من قبيل: «إن لديك أفكاراً معينة تضايقك. هذه الأفكار قد تكون صحيحة وقد تكونُ غير ذلك. لنفحص الآن بعض هذه الأفكار». وباتخاذ هذا الموقف المحايد يستطيع المعالج عندئذٍ أن يشجع المريض

على أن يعبر عن أفكاره المحرفة، مصغياً إليها بانتباه. بمقدوره بعد ذلك أن يطلق « منطاد اختبار » يستطلع به الأمر ويجس النبض، كي يحدد ما إذا كان المريض مهيئًا لفحص الأدلة المتعلقة بهذه التحريفات.

هناك اعتقاد تقليدى بأن الأفكار الاضطهادية عند البارانويين والدونية عند الاكتئابيين هى أفكار مستعصية لا ينفذ إليها العلاج النفسى ولا ينجع فيها. لعل أحد الأسباب التى أشاعت هذا الاعتقاد هو أن المعالجين كانوا يعجلون إلى تصحيح هذه الأفكار قبل الأوان وقبل التهيئة الكافية. الحق أن هذه الأفكار، بل والضلالات الثابتة، قد تسلم نفسها فى النهاية إلى شيء من التعديل والتغيير لو تحلى المعالج بالرهافة والصبر والدأب (Beck, 1952; Davison, 1966; Salzman, 1960; Schwartz, 1963).

تشير دراسات علماء النفس الاجتماعى إلى أن الدوجماطيقية (*) dogmatism تميل إلى أن توسع الهوةَ بين الأشخاص ذوى الآراء المتعارضة وتحملهم على المزيد من التصلب والتطرف. كذلك الشأن فى العلاج النفسى. ولا يفوتنا أن نحذِّر المعالجَ الدوجماطيقى من أن ينخدع بصمت المريض ويظن أنه قد وصل معه إلى تسوية، بينما المريض غير راغب فى إبداء معارضته بشكلٍ صريح. إن أحرص المعالجين وأيقظهم يجب أن يتوخى الحذر ويولى انتباهًا شديداً تجاه أية بدوات تشير إلى ما يضمره المريض من معارضة واختلاف. والمداولة التالية توضح إحدى الوسائل الممكنة لتحديد ما إذا كان المريض على وفاقٍ حقيقى مع تصريحات المعالج:

المعالج: أما وقد سمعتَ صياغتى للمشكلة، فما رأيك فيها؟

المريض: تبدو لى معقولة لا بأس بها.

المعالج: عندما كنتُ أتحدث هل كان لديك أى شعور بأن فى حديثى جوانب قد لا توافق رأيك؟

المريض: لستُ متأكداً من ذلك.

(*) الدوجماطيقية بمعناها الحديث هى الاعتقاد الجازم الإيقانى دون دليل أو بالاستناد إلى مبادئ تقليدية راسخة دون البحث عن وجه الحق فى التسليم بها. وهى ضد « النقدية » criticism « المترجم ».

المعالج: لا بأس بأن تخبرني إن كان في حديثي أشياء لستَ موقناً بها، أو في قلبك منها شيء. أتدرى.. إن بعض المرضى لا يرغب في إبداء اختلافه مع طبيبه في الرأى.

المريض: حسناً، إن ما قلتَه يبدو لى منطقياً، ولكننى لست فى الحقيقة متأكداً إن كان قد وَقَر في قلبى وبلغ منى مرتبة الاعتقاد.

إن عبارات من هذا القبيل لتوحى دائماً بأن المريض لا يوافق المعالج. على الأقل جزئيًا. وتلزم المعالجَ أن يشرع في فحص تحفظات المريض والتحقق منها، وأن يشجعه على تفنيد صياغته والرد عليها بالحجة.

يُبدى كثيرٌ من المرضى اتفاقهم مع المعالج لا لشيء إلا لخوفهم من مناوأته وحرصهم على إرضائه. فالمريض الذي يقول: «إننى أتفق معك فكريًا لا انفعاليًا» يزدونا بمفتاح لكشف مثل هذا الوفاق السطحى. تشير مثل هذه العبارات بعامةٍ إلى أن تعليقات المعالج وتأويلاته قد تبدو منطقيةً للمريض ولكنها لا تنفذ إلى قلبه ولا تمس منظومته الاعتقادية الأساسية (Ellis, 1962). فهو ما يزال يتصرف وفقًا لأفكاره الخاطئة. بل إن الملاحظات السلطوية التى تروق للمريض وتشفى توقه إلى تفسيرٍ لشقائه قد تمهد السبيل لخيبة أملٍ كبيرة عندما يجد ثغرات فى هذه الملاحظات والصياغات. لذا نقول إن ثقة المعالج فى دوره كخبير يجب أن تمتزج بكثير من التواضع. فالعلاج النفسى يتضمن الكثير من المحاولة والخطأ وتجريب العديد من المداخل والصياغات لتحديد الأنسب من بينها والأوفق.

يشكل التفكير الضلالى اختباراً حاسماً لثقة المريض فى المعالج. ومن الحكمة بوجهٍ عام ألا يعمد المعالج إلى مهاجمة الضلال مباشرة. فإن لم يَسَع المعالجَ أن يتحدى الضلال ذاته فبوسعه أن يعين المريضَ على احتماله. ولنأخذ لذلك مثالاً: فهذا رجل مُسِنّ مصاب بمرض جسمى خطير، أخذه اعتقادٌ ضلالى بأن زوجته (المسنة) على علاقة بطبيبها الشاب. فجعل هذا الرجلُ يوبخ امرأته ويتهمها بالخيانة. كانت تلك الاتهامات مزعجة لزوجته لدرجة أنها فكرت جديًا فى تركه. فحدثه طبيبه النفسى قائلاً: «إننى لا أملك دليلاً بشأن صحة اتهاماتك لزوجتك. ولكن ما يهمنى هو أنك يجب أن تتبصر بجرائر سلوكك. كيف تصير الأمور إذا ما تماديتَ فى اتهام زوجتك وتبكيتها؟». فى البداية كان رد المريض هو أنه لا يهمه شيء. عندئذ قال الطبيب النفسى: «إذا ما تركتك زوجتك فمن سوف يرعاك ويعتنى بك؟». هذا السؤال هو الذى حمل المريض على أن ينعم النظر فى عواقب أفعاله، فلم يعد يكيل الاتهامات لزوجته وتحسنت علاقتهما بل صار الرجل يحس بود كبير تجاه امرأته. من

المحتمل أيضًا أنه كفه عن الاتهامات قد خففت من حدة ضلالات الخيانة وأضعفه وإن لم يكن لدينا دليل مباشر على هذا الحدس.

من الجائز في الحالات الأقل شدة أن يتعامل المعالج مباشرة مع الأفكار المغلوطة، على أن يتحلى بالحصافة ويقدر مدى تقبل المريض لعبارات فيها تَحَدٍّ لتصوراته المحرفة. قد يثير حنقَ المريض أن تقول له إن أفكاره خاطئة، ولكنه قد يستجيب إيجابيًا لسؤال مثل: «هل هناك تفسير آخر لسلوك زوجتك؟». وما دامت محاولات المعالج للتفسير والتوضيح في حدودٍ مقبولةٍ من جانب المريض، تظل فجوة المصداقية بينهما كأضيق ما تكون.

اختزال المشكلة

كثير من المرضى يأتون إلى المعالج بحشد من الأعراض والمشكلات قد يستلزم عمرًا بأكمله إذا هو عمد إلى حل كل مشكلة منها بمعزل عن باقي المشكلات. فقد يلتمس أحدهم العلاج من مجموعة متباينة من الاعتلالات مثل الأرق والقلق وألوان من الصداع بالإضافة إلى مشكلات بينشخصية. حينئذٍ لا مفر مما يسمى «اختزال المشكلة» Problen reduction أى تعرُّف المشكلات المتشابهة في المنشأ وضمها معًا. وحينئذٍ يكون بوسع المعالج أن يتخير الفنيات المناسبة لكل مجموعة منها.

ولنأخذ على ذلك مثالاً بحالة المريض الذى يعانى من رهاباتٍ متعددة. فالمرأة التى عرضنا لها في الفصل السابع كانت تعانى بشكلٍ معوِّق من خوف الطائرة والسباحة والمشى السريع والجرى والرياح الشديدة والطقس الحار الرطب. في مثل هذه الحالة فإن علاجٍ كل رهاب على حدة عن طريق «خفض الحساسيه المقطم» قد كان يتطلب جلساتٍ علاجيةً لا تُحصَى عدداً غير أننا استطعنا العثورعلى قاسم مشترك لكل تلك الأعراض: هو خوفها المسيطر من الاختناق. لقد كانت هذه المرأة تعتقد أن كلاً من تلك المواقف الرهابية يمثل خطر الحرمان من الهواء، وبالتالى الاختناق. ومن ثم اتجه تركيزنا العلاجى مباشرة إلي هذا الخوف المركزى.

يمكن تطبيق مبدأ «اختزال المشكلة» أيضًا بشأن الأعراض المتنوعة التى يشملها مرضى معين كالاكتئاب. فحين يتركز العلاج على عناصر محورية معينة مثل نقص اعتبار الذات أو التوقعات السلبية يمكنه أن يثمر تحسنًا في المزاج وفي السلوك الظاهر والشهية ونمط النوم، فهذا

مريض، على سبيل المثال، كان كلما مر بخبرة سارة أفسدت بهجتَه فكرةٌ منغصة. فما يكاد مثلاً يحس بمتعة لدى استماعه للموسيقى حتى يحدث نفسه: «هذا التسجيل سينتهي سريعًا» فتزول متعته للتو. وما يكاد يجد في نفسه هناءةً ما بفيلم سينمائي أو بموعد مع فتاة أو بمجرد المشي، حتى تحدثه نفسه: «سينتهي هذا سريعًا» فتخمد بهجته على الفور. في هذه الحالة أصبح التركيز العلاجي منصبًا على ذلك النمط الفكري الذي يفيد أنه عاجز عن الاستمتاع بالأشياء لأنها سوف تزول.

في حالة ثانية كانت بؤرة التركيز هي استغراق المريضة في الجوانب السلبية من حياتها وإغفالها الانتقائي لمجرياتها الإيجابية. وتألَّفَ العلاج من جعلها تسجل وتستعيد الخبرات الإيجابية في حياتها. وكم كانت دهشتها لكثرة الخبرات السارة التي مرت بها ثم تناستها ولم تعد تذكرها.

ثمة صورة أخرى من صور «اختزال المشكلة» تتمثل في تحديد الحلقة الأولى في سلسلة الأعراض. ومن طرائف الأمور أن الحلقة هذه قد تكون مشكلة صغير في حد ذاتها وسهل الاستئصال على ما جَرَّتْهُ وراءها من عواقب مُعْقِدة. إن المرء - على سبيل المماثلة analogy - ربما يتولى ألمًا ويعجز عن المشي والأكل والاسترسال في الحديث وعن تادية أقل نشاط بناء من جراء «ذرة» في عينه. تتواتر «متلازمة ذرة العين» هذه بين المرضى النفسيين بكثرة تفوق كل الظنون. غير أن التأخر في اكتشاف المشكلة المبدئية وتناولها يتيح للمصاعب الناجمة منها أن تتمكن وترسخ. كشأن تلك المرأة التي كانت تخشى أن تترك أولادها بالمنزل مع حاضنة baby - sitter، فلازمتها رهبةُ الخروج وبقيت رهينةَ بالمنزل سنواتٍ طويلةً بعد أن كبر أبناؤها وبلغوا سن النضج.

بمراجعةٍ دءوبٍ لأعراض المريض وتاريخ المرض يمكننا في الأغلب تحديد التتابعات السببية. ويكون من اقتصاد الجهد والفكر بصفة عامة أن نركز على تلك العوامل التي يتبين أنها الأساس الذي تقوم عليه بقية الأعراض وتنتج عنه. فهذا على سبيل المثال طالب دراسات عليا ذو تاريخ طويل من الاكتئاب. تلقي هذا الطالب علاجًا نفسيًا يتألف من محاولات فاشلة من جانب المعالج لرفع اعتباره لذاته وخفض انتقاده لها. بالإضافة إلى تجريب كل مضادات الاكتئاب المتوافرة فعليًا بالسوق. إلا أنه بقي على حاله حزينًا مستوحشًا مسكونًا بهواجس انتقاص الذات، وظل مضطرب النوم فاقد الشهية واهن الجسم وهنًا مزمنًا.

بعد تحليلٍ مفصَّلٍ لظروف هذا المريض الماضية والحاضرة بزغ النمطُ التالي: لقد كان هذا

الشاب يعانى من عدد من الرهابات المزمنة: مخاوف من الخروج بمفرده، ومن الأماكن المفتوحة، ومن الرفض الاجتماعى. غير أن ظروفه كانت تسعفه طيلة سنوات الدراسة المدرسية بما يغالب به مصاعبه ويعوض ضعفه. فحيث كان يعيش فى بيت الأسرة كان يجد دائماً من يرافقه إلى المدرسة. وكان أصدقاؤه يصحبونه فى المواقف الاجتماعية الجديدة فيخففون عنه من خوف الرفض الكامن فى نفسه. وقد أمكنه فى ظل هذه المنظومة من التدعيمات والمساندات أن ينهى دراسته الجامعية بسلام ويقضي حياةً اجتماعية مُرْضية. لم تُعْجزه الرهاباتُ في هذه المرحلة إذ تيسرت له سبلٌ لمراوغتها والإفلات من قبضتها.

فلما أزف أوان الدراسات العليا وتعين عليه أن ينتقل إلى مدينة بعيدة انكشف اكتئابه وأسفر عن وجهه. وإذا صار بمعزل بدأ القلق الشديد يتملكه. وكلما أزمع السير إلى محاضرة أخذه الخوفُ من كارثة جسمية توشك أن تنزل به حيث لا أحد هناك ينتقذه. ورأى من الأسلم أن يلبث بشقته على مقربة دائماً من الهاتف حتى يمكنه استدعاء العديد من الأطباء الذين عقد بهم صلة. ورغم أنه تمكن من أن يحمل نفسه على الذهاب إلى المحاضرات فقد كان السفر بالنسبة إليه مصحوباً بكثير من القلق. وكان يهرع عائداً إلى غرفته عندما تنتهي المحاضرات. ولم يكوِّن صداقاتٍ جديدة لأن القلق كان يساوره كلما حاول أن يقيم صادقةً مع طالب آخر. فكان من ثَم يتجنب المواقف الباعثة على القلق قدر المستطاع. وتراكم تأثير الحرمان التام من التفاعل الاجتماعى فى صورة مشاعر الوحدة والتشاؤم والتبلد والعلامات الفسيولوجية للاكتئاب.

هذا هو التتابع السببى الحقيقى لهذه الحالة أعدنا بناءَه. وعلى أساس هذا البناء قمنا بالتركيز على الرهابات أساساً وليس على الاكتئاب فى ذاته. واستخدمنا فى علاج هذه الرهابات فنيات «خفض الحساسية المنظم» حيث كان هذا المريض يتصور في ذهنه مشاهد لكوارث جسمية، إلى جانب مجموعة منفصلة من مشاهد الرفض الاجتماعى. وكنا نشجعه على أن يقاوم ميوله التجنبية ويعرِّض نفسه بالتدريج للمواقف التى اعتاد أن يرهبها. واستطاع صاحبنا فى النهاية أن يغادر شقته دون قلق وأن يشترك فى حوار مع شخصٍ غريب. هذا الإحساس بالإنجاز لاشك أذهبَ عنه بعضَ أعراض الاكتئاب. غير أن الأعراض الاكتئابية المتبقية كانت بعدُ كبيرة. إلا أنه إذ تمكن من قهر استجاباته الرهابية استطاع شيئًا فشيئًا أن يقيم علاقات جديدة وأن يحصل على الإشباع الذى كان يفتقده. وإذ جعلت إشباعاتُه الناتجة من نشاطه الاجتماعى تزداد وتطَّرد زايله الاكتئاب وتم شفاؤه.

تعلم التعلم learning to learn

ليس من الضرورى، كما أوضحنا فى الجزء السابق، أن يساعد المعالجُ مريضَه على أن يحل كل مشكلة تزعجه. ولا هو من الضرورى أن يتوقع كل المشكلات التى يمكن أن تحدث بعد انتهاء العلاج ويحاول أن يحلها مقدماً. إن هذا الصنف من التعاون العلاجى الذى فصّلناه آنفًا هو موصل جيد لصنفٍ خاص من التعلم: فهو يعلّم المريض أن ينمّى طرائقَ جديدة للتعلم من الخبرات ووسائل جديدة لحل المشكلات. إن المريضَ بمعنى ما «يتعلم أن يتعلم». وقد أُطلِقَ على هذه العملية «التعلم الثانى» duetero - learning (Bateson, 1942).

إن هذا المدخل العلاجى، مدخل «حل المشكلات»، يضع عن كاهل المعالج كثيراً من المسئولية ويدفع المريض للاشتراك بنشاط أوفر فى التعامل مع صعوباته. إنه يقلل اعتمادية المريض على المعالج فيزيد بذلك ثقته بنفسه واعتباره لذاته. وربما يكون أهم من ذلك أن طريقة المشاركة الإيجابية للمريض فى تحديد المشكلة ووضع خيارات عديدة وتأملها، توفر معلومات أكثر بكثير مما تتيحه أى طريقة أخرى. كماأن مشاركة المريض فى صنع القرار تساعده بالتأكيد على تنفيذه.

وقد كنت أشرح لمرضاى مفهوم حل المشكلات بطريقة قريبة من هذه: «من أهداف العلاج أن يساعدك على تعلُّم طرقٍ جديدة لتناول المشكلات. حتى إذا ما عَنَّت المشكلاتُ أمكنك أن تطبق الصيغ التى فرغتَ من تعلمها. عندما كنتَ تتعلم الحساب مثلاً كنتَ تكتفى بتعلم القواعد الأساسية ولم يتوجَّب عليك أن تتعلم كل حسبة جمعٍ أو طرحٍ ممكنة. فبمجرد أن تعلمت العمليات ذاتها أمكنك أن تطبقها على أى مسألة حسابية».

ولكى نوضح فكرة «تعلم التعلم» لنمعن النظر فى المشكلات العملية والبينشخصية التى تدخل فى الأعراض المختلفة لأحد المرضى. فهذه امرأة، على سبيل المثال، كانت مبتلاة دائماً بالصداع ومشاعر التوتر وآلام البطن والأرق. وحين ركزت على مشكلاتها بالعمل والمنزل أمكنها أن تجد بعض الحلول لها وقل تعرضها للأعراض السابقة. وقد أمكنها، كما تمنينا، أن تعمم هذه الدروس العملية وتحل بها مشاكلها الحياتية الأخرى بحيث لا يلزمنا أن نتناول جميع مشكلاتها فى جلسات العلاج.

من بين أصناف المشاكل التى كانت تسبب لها الأعراض ما يلى: كانت هذه المرأة دائمة التوتر أثناء العمل لأن رئيسها فى العمل كان شديد الانتقاد. وكانت على ارتفاع أدائها دائمةَ

الخوف من أن تقع في خطأ ما فتثير حَنَقَه. لقد نَفِدَتْ حيلتُها ولم تعرف لنفسها مخرجاً من هذا الوضع. لذا قمنا بتجريب عددٍ من الطرائق التي يمكن أن تستخدمها في مناقشة المشكلة مع رئيسها بشكل مباشر. ولما تمَّ تهيؤها قالت له: «إنني متوترة دائماً مادمتَ موجوداً لأنني متوجسة من أن تهاجمني. إن هجومك عليَّ لا يزيد أدائي إلا سوءاً. هذا ما كنتُ أود دائماً أن أجد القدرةَ على أن أقوله لك». لقد أثار هذا القوْل دهشة رئيسها عند سماعه. ومنذ ذلك الحين قلَّ انتقادُه لها.

تعلمت المريضةُ من هذه الخبرة أن بإمكانها أن تواجه الآخرين وتَثْبُتَ لهم. وصارت قادرةً في المواقف المشابهة على أن تتعامل مع خوفها من النقد بأن تكون أكثر ثقةً واعتداداً. أضف إلى ذلك أن زيادة اعتدادها بنفسها جعلها أقل حساسية للنقد.

يشمل «تعلم التعلم» ما هو أكثر بكثير من اتباع بضع فنيات يستخدمها المريض في حل مجموعة عريضة من المواقف. فهذا المدخل يهدف في الأساس إلى أن يزيل العوائق التي كانت تمنع المريض من الإفادة من الخبرة ومن تنمية طرائق ناجحة للتعامل مع مشكلاته الداخلية والخارجية. إن معظم المرضى هم أناسٌ قد أعاقت نموَّهم النفسي ـ الاجتماعي مجموعةٌ معينة من الاتجاهات وأنماط السلوك اللاتكيفيه. ففي حالة المرأة ذات المشكلات العديدة بالعمل والمنزل، فقد كانت استجابتها المميزة كلما واجهت علاقات حساسة أو مشكلات عملية جديدة هي: «لا أدري ماذا أفعل». وبفضل العلاج كانت كل خبرة ناجحة (تحتُّ) شيئاً من هذا الاتجاه السلبي. وبالتالي تمكنت من أن تستند إلى براعتها الخاصة في مواجهة المواقف الشديدة التباين والسيطرة عليها.

من دأب المرضى بوجه عام أن يتجنبوا المواقف التي تسبب لهم الحرج. وهم بالتالي لا تتكون لديهم فنيات المحاولة والخطأ التي هي شرط أساسي لحل جميع المشكلات. أو قل إنهم ببقائهم خارج المواقف الصعبة لا يتعلمون كيف يتخلصون من ميلهم إلى التحريف أو المبالغة. فالشخص الذي لا يبتعد عن بيته خوفاً من الغرباء لن يتأتى له أن يتعلم كيف يختبر صدقَ مخاوفه أو كيف يفرق بين الغرباء المسالمين والغرباء الخطرين. وهو من خلال العلاج يمكنه أن يتعلم أن يختبر هذه المخاوف (بل وغيرها) اختبار الواقع.

إن الإحساس بالتحكم والسيطرة الذي يحدث من جراء حل إحدى المشكلات، كثيراً ما يلهم المريض أن يتناول غيرها من المشكلات التي طالما تجنبها وأن يحلها. هكذا لا يكون عائد العلاج الناجح هو التحرر من المشكلات الأصلية فحسب، بل هو أيضاً تغير سيكولوجي دقيق يؤهله لمواجهة التحديات الجديدة.

الفصل العاشر

فنيات العلاج المعرفى

«إن مشكلة الحرية، بمعناها السيكولوجى لا السياسى، هى مشكلة تقنية إلى حد كبير. ليس يكفى أن ترغب فى السيادة. ولا هو بكاف حتى أن تجِدَّ وتجتهد لكى تنال هذه السيادة. فالمعرفة الصحيحة لأفضل الوسائل لنيل السيادة هى أيضا شرط ضرورى».

ألدوس هكسلى

إن مساعدة المريض فى التعرف على تحريفاته وتصحيحها هى عملية تتطلب استخدام مبادئ إبستمولوچية معينة (الابستمولوچيا تعنى المعرفة من حيث طبيعتها وحدودها ومعاييرها). إن المعالج لينقل إلى المريض ويبلغه، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، مبادئ معينة:

أولاً: أن إدراكه للواقع ليس هو الواقع نفسه. بل هو على أفضل تقدير صورة استقرابيه للواقع. فالعينة التى يلتقطها للواقع هى عينة محدودة بحدود وظائفه الحسية - البصر والسمع والشم... إلخ. وهى حدودٌ متأصلة مفطورة. ثانياً: أن تأويلاته للمُدْخَل الحسى sensory input تتوقف على عمليات معرفية من قبيل دمج المؤثرات وتجميعها وتفريقها، وهي عملياتٌ عُرْضَةٌ بطبيعتها للخطأ. إن العمليات والمداخلات الفسيولوچية والسيكولوچية قد تغير إدراكنا وفهمنا للواقع تغييراً كبيراً.

كلنا يعرف جيداً أن تحريف الواقع قد يحدث عندما يكون المرء تحت تأثير العقاقير، أو عندما يكون فى حالة إجهاد أو نقص الوعى أو فى حالة من الاستثارة الشديدة. وقد سبق أن رأينا أيضاً أن تقييم الواقع قد يعتريه الخلل من جراء بعض الأنماط الفكرية اللاواقعية. ففى عصاب القلق، على سبيل المثال، يتمثل المريض جميع المؤثرات، حتى المأمونة منها، بطريقة تجعلها توحى بالخطر وتنذر به. يستلزم استخدامُ الفنيات السيكولوچية لعلاج هذا العصاب أن يكون المريض قادراً من الأصل على أن يميز ويدرك الفوارق بين الواقع الخارجى (المؤثرات المحايدة غير المؤذية) من جهة والظاهرة السيكولوچية (تقييم الخطر) من جهةٍ أخرى. ليس بمقدور بعض المرضى (كمرضى الانسمام بالعقاقير ومرضى الذهان الحاد ذى الضلالات) أن يعى أو يميز هذا الفرق.

كذلك يتوجب على المريض أن يكون قادراًعلى أن يختبر الفروض ويمحصها قبل أن يصدِّق عليها ويسلم بها كحقائق. فالمعرفة التى يُعَوِّلُ عليها تعتمد جوهرياً على امتلاك معلومات كافية تسمح لنا باختبار الأصح والأقوم من بين فروضٍ بديلة. فهذه ربة بيت يطرق سمعَها صَكٌّ بابٍ (انغلاقه بعنف) فتقع لها فروضٌ عديدة: «قد تكون سالى عادت من المدرسة». «قد يكون لص منازل». «قد تكون الريح هى التى صَكَّت الباب». إن انتقاء الفرض الأرجح هنا يتوقف على أن تأخذ السيدة بعين الاعتبار جميع الظروف ذات الصلة.

غير أن تهيؤها النفسي قد يفسد عليها العملية المنطقية لاختبار الفرض وتمحيصه. فإذا سيطر على تفكيرها مفهومُ الخطر فربما تقفز إلى استنتاج «إنه لص». ذلك هو الاستدلال الاعتسافي arbitrary inference. ورغم أنه ليس بالضرورة استدلالاً خاطئًا، فإنه مبنيٌ أساسًا على عمليات معرفية داخلية أكثر مما هو قائم على معلومات حقيقية. إذا هُرعت هذه السيدة عندئذٍ إلى الفرار والاختباء فإنها تؤجل أو تفوّت على نفسها فرصةَ دحض الافتراض (أو تدعيمه).

التعرف على الفكر اللاتكيفي

تتوجه الاستجاباتُ الانفعالية والدوافع والسلوك الظاهر، كما بَيَّنا في الفصول السابقة، بالفكر وتسترشد به. قد يكون الشخص غير مدرك تمامًا للأفكار الأوتوماتيكية التي تؤثر كثيرًا على أسلوب فعله وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته. غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكَه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق والاطّراد. فالحق أن بإمكاننا أن ندرك فكرةً ما ونركز عليها ونقيّمها، تمامًا كما يمكننا أن نتعرف على إحساس ما (كالألم) ونتأمله، أو أن نميز مؤثرًا خارجيًا (مثل عبارة لغوية) ونتملاه.

ويعني مصطلح «الأفكار اللاتكيفية» maladaptive thoughts(*) ذلك التفكير الذي يعطل القدرة على التكيف مع خبرات الحياة ويفسد التوافق الداخلي بلا داعٍ، ويولّد استجابات انفعالية غير مناسبة أو مفرطة حتى الألم. إننا نناشد المريض في العلاج المعرفي أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تورثه ضيقًا وألمًا لا مبرر لهما أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي. على أن المعالج يجب أن يتحرز حين يستخدم مصطلح «لا تكيفي» من أن يفرض منظومته القيمية الخاصة على المريض. فهذا المصطلح لا يصح استخدامه ما لم يتمكن كل من المريض والمعالج من أن يصلا إلي اتفاق على أن هذه الأفكار الأوتوماتيكية تعوق سعادة المريض أو تحول بينه وبين تحقيق أهدافه الكبرى.

هناك استثناءات ممكنه لهذا التعريف تقفز تَوًّا إلي الذهن. فهل كل فكرةٍ مؤرقة تُعتبر لا تكيفيةً حتى لو كانت متفقة مع الواقع؟ قد يبدو صعبًا أن نسوّغ استخدام صفة «لا تكيفي»

(*) الأدق أن تترجم إلى «الأفكار السيئة التكيف» لكننا آثرنا السهولة والمرونة الصرفية خاصة أن كلمة «اللاتكيفية» هي بمأمن من الالتباس ولا تزاحمها معانٍ أخرى ذات شأن «المترجم».

لتسم أحد التقديرات الدقيقة للخطر (والقلق المصاحب لذلك) أو لتسم إدراكًا لفقدان حقيقي وما يستتبع ذلك من ثورة الحزن. إلا أن هناك أحوالاً معينة تبرر لنا أن ننعت بعض الأفكار الواقعية بصفة « لا تكيفية » لأنها تعوق الأداء وتعطل الوظائف. خذ مثلاً لذلك مصلحى المداخن وعمال الجسور ومتسلقى الجبال. إن هواجس السقوط وصوره قمينةٌ أن تؤرقهم بل قد تعرضهم لخطرٍ جسيم. فمثل هذا التفكير يشتت تركيزهم عن مهمتهم وربما يؤدى القلق المصاحب له إلى الترنح والدوار والارتعاش وفقد التوازن. كذلك شأن الجرّاح إذا تنازعته أفكارٌ تتعلق باحتمال أن يزل مبضعُه أثناء العملية الجراحية. فمن شأن هذه الأفكار أن تشتت تركيزه بالفعل وتعرض حياةَ المريض للخطر. يكتسب العاملون فى الوظائف الخطرة، بوجه عام، تلك القدرة على اطّراح مثل هذه الأفكار وإخمادها. ويبدو أنهم بالتمرس والخبرة يُكوِّنون مِصَدّاً نفسياً يخفف من شدة هذه الأفكار وتواردها. هذا « المِصَدّ الملطِّف » buffer هو الذى يميز المتمرس المحنك فيهم من الجديد المبتدئ.

قلما يضطر المعالج فى الممارسة الاكلينيكية الفعلية إلى وضع تمييز دقيق بين الأفكار اللاتكيفية والأفكار الواقعية. فالتحريفات والسمات الانهزامية تكون عادةً من الوضوح والجلاء بحيث تبرر لنا أن نسميها « لا تكيفية ». فهذا رجل مثلاً ظل مكتئبًا لسنواتٍ بعد وفاة زوجته، متجاوزاً بذلك كل حساب واقعى لآثار الفقد، وظل مسكونًا بهواجس منطرفة من قبيل « لقد ماتت بسببى » أو « لا يمكننى أن أبقى بدونها » أو « لن أجد أى عزاء إلى الأبد ». ومثله ذلك الطالب خلال قلق ما قبل الامتحان إذ يحدث نفسه « ستكون نهايتى لو رسبت، ولن أجرؤ أن أواجه أصدقائى » أو « سوف أنتهى فى شارع الساقطين ». ثم يدرك بسهولة بعد الامتحان تلك الطبيعةَ المبالغة اللاواقعية لهذه الأفكار.

يشير إليس Ellis (١٩٦٢) إلى هذا اللون من التفكير اللاتكيفى بوصفه « عبارات مُدْخَلَة » internalized statements أو « عبارات ذاتية » self-statements وكان يصفها للمريض بأنها « أشياء تقولها لنفسك ». ويطلق ملتبسى Maultsby(١٩٦٨) علىّ هذه الأفكار مصطلح « الحديث الذاتى » self-talk. لمثل هذه التفسيرات قيمة عملية من حيث إنها تلمح إلى المريض أن أفكاره اللاتكيفية هى شىء إرادى، ومن ثَم فهى طوع مشيئته وبإمكانه أن يطفئها أو يغيرها بإرادته. ورغم أنى أقدر الفائدة العملية لهذه التسميات، فإنى أفضل مصطلح « الأفكار الأوتوماتيكية » لأنه يعكس الطريقة التى نَخْبُرُ بها هذه الأفكار بصورة أدق. فصاحب هذه الأفكار يدركها كما لو كانت تنشا بالانعكاس ـ دون أى تفكر

أو استدلال مسبق. وتقع فى نفسه كشيء معقول وصحيح. وهى فى ذلك تَعْدِلُ وَقْعَ عباراتِ والدٍ فى نفس ولده الواثق به المصدِّق له. بإمكان المريض فى أغلب الحالات أن يوقف بنفسه هذا اللون من التفكير بعد تدريبٍ كافٍ. غير أن الحالات الشديدة، الذهانات بخاصة، قد تتطلب تدخلات علاجية فسيولوجية كإعطاء الأدوية وعلاج الصدمة الكهربية لوقف الأفكار اللاتكيفية.

يبدو أن الأفكار اللاتكيفية تزداد قوةً وبروزاً بزيادة شدة المرض. ففي الاضطرابات الشديدة تتبدى هذه الأفكار بوضوح وربما احتلت مركز المجال الفكرى. من ذلك ما نشاهده فى الحالات الحادة والشديدة من الاكتئاب والقلق وحالات البارانويا. ففى الاكتئاب مثلاً قد تسيطر على ذهن المريض اجتراراتٌ من قبيل« لا أمل فيَّ.. إن داخلي قد مات.. كل المصائب تحل بي». وفى حالات القلق نجد هواجس مماثلة تتعلق بالخطر. أما فى حالات البارانويا فالهاجس السائد هو الإساءة والإيذاء.

على أننا لا نعدَم حالاتٍ غيرَ حادة وغير شديدة وهى تعج مع ذلك بالهواجس المقيمة والعبارات المِلحَّة المتكررة على وعيٍ من المريض وإدراكٍ قوى. تلك هى حالات الوسواس القهرى حيث الهواجس المتواصلة علامة مميزة ومؤشر تشخيصى. بل إن من الناس من تشغله أفكارٌ مماثلة وهو سويٌّ تماماً وخِلْوٌ من أى عصاب. فالأم المنزعجة لمرض طفلها، والطالب المهموم بامتحان وشيك... إلخ، كل هؤلاء مستهدفون لأفكار منغصة حول مشكلتهم الخاصة تراودهم بلا هوادة. ويعلم كل من جرب هذه الهموم كيف تبدو كرهية خارجة عن كل إرادة.

حين يعانى شخص اضطراباً خفيفاً فى المشاعر والسلوك، فقد تخفى عليه الأفكار الأوتوماتيكية رغم أنها تبقى بمنال وعيه. فهى لاتجذب انتباهه رغم فعلها فى شعوره وسلوكه. فى هذه الحالات يستطيع الشخص بشيء من التركيز أن يظهر على هذه الأفكار بسهولة ويتعرف عليها. تبدو هذه الظاهرة بوضوح في مرضى الاضطرابات النفسية الخفيفة وفى المرضى الذين تعافوا من المرحلة الحادة لمرض نفسى.

كذلك الشأن فى حالة الأشخاص الذين مَرَّدوا على تجنب المواقف التى تضايقهم وتزعجهم، كالرهابيين. أولئك لن يتمكنوا من إدراك أفكارهم اللاتكيفية ما ظلوا يفرضون مسافةً مريحة بينهم وبين المواقف المهدِّدة. غير أنهم حين تلقى بهم الظروف فى الموقف أو يتخيلون أنفسهم فيه تنشط فيهم هذه الأفكار اللاتكيفية ويمكنهم تمييزها بسهولة.

عندما يصرح مريضٌ بانه لم يكن قَط على دراية بأفكاره الأوتوماتيكية إلا بعد أن تم تدريبه على ملاحظتها، عندئذ نكون بصدد مشكلة فلسفية : كيف يتأتى أن يكون الشخصى علي غير وعى بشىء ما هو فى مجلل وعيه؟! رغم أن هذا السؤال يبدو مربكًا على المستوى النظرى إلا أننا جميعًا قد وقع لنا عمليًا أن تعرضنا لمؤثر ما دون أن ندرى به دراية واعيةً إلى أن نبهنا أحدٌ إليه وأظهرنا على جَلِيَّته. عندئذ قد يكون تعليقنا : « أعرف أنه كان هناك طيلة الوقت ولكننى ألم ألحظه قَط ». يبدو فى مثل هذا المواقف أن الإدراك كان قائمًا ولكننا لم نلتفت إليه ولم نعره أى انتباه. وليس ما يمنع من أن يكون هذا الإدراك قد فعل فعلَه فى مسار فكرنا وشعورنا خلال الموقف. من أمثلة ذلك أن يجد الشخص نفسه عاجزاً عن النوم دون أن يدرى أن ضجره وتململه هما من أثر أصوات مؤرقة من مثل تكات الساعة أو المرور الكثيف. كذلك تجرى الأفكار الأوتوماتيكية فى مجال الوعى دون أن يلحظها الشخص، إلى أن يتم تدريبه فيعرف كيف يوجه انتباهه إليها ويلتقطها ويحدد محتواها.

مــــلء الفراغـــات

ليست هناك صعوبةٌ تُذكر فى التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية ما دامت سائدة ماثلة فى مركز الوعى. إنما تبرز الصعوبة فى الحالات الخفيفة والمتوسطة من العصاب، حيث يتوجب أن ندرب المريض على تحديد تلك الأفكار خلال برنامج منظم من التعليمات ومن جلسات الممارسة. وفى بعض الأحيان يكون تخيل الموقف الصدمي كافيًا لإثارة هذه الأفكار لدى الفرد.

من الإجراءات الأساسية لمساعدة المريض على تبين أفكاره الأوتوماتيكية أن ندربه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله حيالها. قد يذكر المريض عدداً من الظروف التى أحس فيها بكدر لا مبرر له. فى هذه الحالة تكون هناك دائمًا فجوة ما بين المؤثر والاستجابة الانفعالية. ويكون باستطاعة المريض أن يفهم سرَّ كدره الانفعالى إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التى وقعت له خلال هذه الفجوة.

صَمَّم إليس القنيات التالية لكى يوضح للمريض هذا الإجراء. وقد أسمى هذا التتابع الذى أشرنا إليه ABC، حيث A هى المؤثر المثير Activating stimulus و C هى الاستجابة

الشرطية Conditioned response المفرطة وغير الملائمة، و B هى الفراغ Blank الكائن فى ذهن المريض، والذى يمكن حين يملأه أن يكون بمثابة جسر يصل بين A و C. بذلك يصبح ملء الفراغ ـ بمادة مستمدة من المنظومة الاعتقادية للمريض ـ هو المهمة العلاجية الأساسية.

من أمثلة ذلك هذا التتابع الذى رسمه أحد المرضى: A هو رؤية صديق قديم، C الإحساس بالحزن. وهذا الذى رسمه مريض آخر: A سماع تقرير عن وفاة شخص ما فى حادث سيارة، C الإحساس بالقلق. فى هذين المثالين استطاع المريضان أن يستعيدا الأحداث بالحركة البطيئة كما وقعت، واستطاعا عندئذ أن يتذكرا الأفكار التى وقعت لهما فى أثناء الفجوة. فرؤية المريض الأول للصديق القديم قد أثارت B وهى سلسلة الأفكار التالية: «لو أننى حييت بوب فقد لا يتذكرنى.. فقد يَعْبُرُنى بازدراء.. لقد مر زمن طويل ولم يعد يجمعنا شيء، ولن نكون منسجمين كسالف العهد». هذه الأفكار هى التى أثارت المشاعر الحزينة C. أما المريض الذى أحس بالقلق على أثر سماعه عن حادث السيارة فقد استطاع أن يملأ الفراغ حين استحضر أنه تخيل نفسه (هو الضحية).

وقد يتضح التتابع ABC إذا أخذنا له مثالاً ذلك الخوف الشائع من الكلاب. فقد يؤكد الشخص أنه رغم عدم وجود سبب لخوفه من الكلاب فهو لا يتمالك عن القلق كلما تعرض لها. كان لى مريض يحيره لغزُ خوفه حين يكون بالقرب من أى كلب حتى لو لم يكن هناك أى احتمال أن يهاجمه (كأنْ يكون الكلب مسلسلاً أو داخل سياج أو أن يكون أصغر من أن يؤذيه). وقد أوصيته أن يركز على أية أفكار تعرض له فى رؤيته القادمة لأى كلب.

وفي المقابلة التالية للمريض روى لى أنه قد رأى خلال هذه الفترة عدداً من الكلاب. ووصف ظاهرةً قال إنه لم يكن يلحظها فى السابق، وهى أنه فى كل مرة كان يشاهد فيها كلباً كانت ترد له أفكار مثل: «سيعضنى هذا الكلب». استطاع المريض بتركيزه على الأفكار الوسيطة أن يفهم سرَّ قلقه: إنه يعتقد أوتوماتيكياً أن كل كلب هو خطر. وقد أردف هذا المريضُ أنه كان يستشعر الخوف من العض حتى عند رؤية كلب «بودل» منمنم. وجعل يؤنب نفسه علي مجرد التفكير فى احتمال ذلك. وتبين المريضُ أيضاً أنه عندما كان يرى كلباً كبيراً ممسوكاً بمقود كان يهجس لنفسه بأسوء الاحتمالات وأوخمها: «سوف يقفز هذا الكلب ويعض إحدى عينيّ». «سوف يهجم عليّ ويعض رقبتى ويقتلنى». وقد نجح المريض خلال ثلاثة أسابيع فى أن يتغلب على خوفه المزمن عن طريق التعرف المتكرر علي الأفكار التى تخطر له عند تعرضه للكلاب.

يمكن لتقنية «ملء الفراغ» أن تكون عونًا كبيرًا للمرضى الذين يعانون من الخجل المفرط أو القلق أو الغضب أو الحزن في المواقف البينشخصية، أو المرضى الذين يشلهم الخوف من أماكن معينة أو أبنية معينة. فهذا طالب جامعي كان يتجنب التجمعات العامة بسبب ما ينتابه في هذه المواقف من مشاعر الخجل والقلق والحزن التي لا يعرف لها سببًا. وبعد أن تم تدريبه على تمييز أفكاره وتسجيلها تبين له أن الأفكار التالية هي ما يجول بوعيه أثناء هذه المواقف: «لن يرغب أحد في التحدث إليّ.. إنهم يرون أن منظري يثير الشفقة.. إنني حقًا غريبٌ أرذل». هذه الأفكار هي التي تبعث فيه الشعور بالمهانة والقلق والحزن، وتثير فيه رغبة قوية في مغادرة المكان.

وهذا مريض آخر كان يشكو من غضب شديد يتملكه كلما كان عليه أن يتعامل مع الغرباء، سواء أثناء شراء حاجياته أو حين يسأل عن شيء أو في مجرد الحديث. وبعد جلستين تدريبيتين تكشفتْ له أفكارٌ بينية مثل «إنه يدفعني جانبًا»، «إنه يظنني لقمةً سائغة»، «إنها تحاول أن تستغلني». وما تكاد تخالجه هذه الأفكار حتى يجتاحه الغضب تجاه الشخص المذكور. إنه يميل إلى اعتبار الآخرين خصومًا، ولم يكن يفطن إلى ذلك قبل تدريبه.

كثيرًا ما يأتي التفكير اللاتكيفي في شكل صوري بدلاً من الشكل اللفظي (أو بالإضافة إليه) (Beck, 1970 c): فهذه امرأة مصابة بالخوف من السير بمفردها كانت تراودها صور خيالية ترى فيها نفسها في نوبة قلبية وهي تحتضر مطروحةً بالشارع لا معين لها. وكانت هذه الصور بالطبع مصحوبةً بقلق حاد. وهذه امرأة أخرى كانت تعاني من فورة قلق تغمرها عندما تجتاز بسيارتها جسرًا. وقد تبينت بالتدريب أن قلقها كان دائمًا مسبوقًا بصورة بصرية لسيارتها وهي تخترق الحاجز الواقي وتهوي من أعلى الجسر. وهذا طالب اكتشف أن قلقه لدى مغادرة السكن الجامعي ليلاً كان سببه خيالات بصرية يتصور فيها نفسه هدفًا لقطاع الطرق.

الإبعاد (أخذ مسافة) وفض المركزية
distancing and decentering

بمقدور بعض المرضى الذين تعلموا التعرف على أفكارهم الأتوماتيكية أن يتبينوا بسهولة طبيعتَها المهتزة غير التكيفية. إذ يصبحون بالملاحظة المتكررة لأفكارهم قادرين على أن يقفوا

منها موقفًا موضوعيًا ويتأملوها بحيدة. وتسمى هذه العملية الإبعاد أو الإقصاء أو فرض مسافة distancing. ويستخدم مفهوم المسافة هنا بنفس المعنى الذى يستخدم به فى مقام الاختبارات الإسقاطية (مثل اختبار بقعة رورشاخ) ليشير إلى قدرة المريض على أن يحتفظ بالتمييز بين هيئة بقعة الحبر وتشكيلاتها من جهة، والتداعيات والخيالات التى يثيرها شكل البقعة من جهة أخرى. فأما المرضى الذين تجرفهم انفعالاتُهم بالمدركات التى يثيرها الشكلُ فيندمجون بالبقعة كما لو كانت هى والأشياء التى تستحضرها فى الذهن شيئًا واحداً. وأما المريض الذى يستطيع أن يَسُلَّ انتباهَه من هذا التداعى ويدرك هذا المؤثر كبقعة حبرٍ لا أكثر، فيقال عنه إنه قادر على أن «يأخذ مسافةً» من البقعة.

بنفس القياس، فإن الشخص الذى يملك القدرة على تفحص أفكاره الأوتوماتيكية بوصفها ظواهر سيكولوجية لا بوصفها معادلاً للواقع، يوصَف بانه قادر على أخذ المسافة. خذ مثلاً ذلك المريض الذي تخامره فكرةٌ تقول «هذا الرجل عَدُوِّى»، فهو لو جعل هذه الفكرة بلا تردد مساويةً للواقع تكون قدرته الإبعادية ضعيفة. أما إذا كان قادراً على أن ينظر إلى فكرته بوصفها فرضًا أو استدلالاً أكثر مما يسلِّم بها كحقيقة فإن قدرته الإبعادية جيدة، أو هو قادر على «أخذ مسافة» من أفكاره.

إن مفاهيم مثل الإبعاد distancing، واختبار الواقع reality testing، والتثبُّت من الملاحظات authenticating observations، والتحقق من النتائج Validating Conclusions هى مفاهيم تنتمى إلى الإبستمولوجيا. وبلغة إبستمولوجية يمكننا القول إن الإبعاد distancing هو تلك القدرة على التميز بين «أنا أعتقد» I believe (أى أعتقد رأيا يخضع للتحقق والتثبُّت) و «أنا أعرف» I Know (أى أعرف حقيقةً ثابتةً لا تقبل الدحض). لهذه القدرة التمييزية أهمية حاسمة فى تعديل تلك القطاعات العريضة من استجابات المرضى المعرضة للتحريف والتشوية.

ينشأ التحريف الفكرى الجسيم فى عديد من الأمراض النفسية (القلق، الاكتئاب، حالات البارانويا) من ولع المريض بشخصنة personalization الأحداث التي لا تمت إليه بصلة سببية. مثل ذلك الرجل الاكتئابى الذى ينحى على نفسه باللوم لأن النزهة العائلية التى حدد موعدها تعيَّن إلغاؤها بسبب الأمطار. ومثل تلك المرأة المصابة بالقلق إذ شهدت مبنى يحترق فهجس فى بالها أن منزلها ربما شب فيه حريق أيضًا. ومثل ذلك البارانوى الذى لمح تقطيبةً فى وجه أحد المارّة فاستنتج أنه ربما يريد أن يؤذيه. تُسمَّى التقنية التى يتم بها صرف المريض عن النظر إلى نفسه بوصفها بؤرةَ كل الأحداث باسم «فَض المركزية» (أو فض التمركز)

decentering. وفيما يلي حالة تمثل التطبيق الناجح لهذه الطريقة (Schuyler, 1973).

فهذا طالب دراسات عليا كان يعاني من قلق شديد قبيل الامتحانات. وكان قلقه يشتد ويتفاقم بسبب تأويله لأية أعراض فسيولوجية (ضيق التنفس، الخفقان... إلخ) كعلامة على نوبة قلب وشيكة. كان لهذا الطالب فلسفة فى القضاء والقدر يعتقد بموجبها أنه قد كُتب عليه الشقاء. وحين تقدم لنيل درجة متقدمة اجتاز الامتحان التحريرى ولكنه رسب فى الشفوى. وقد فَسَّر ذلك بأنه دليل على أن القدر يناصبه العداء، رغم علمه بأن قلقه الشديد هو الذى أفسد عليه الامتحان الشفوى.

وفى اليوم الذي حان فيه ميعاد الامتحان الشفوى الملحق كانت الأرض مغطاةً بالثلوج، فانزلق عليها وهو فى طريقه وسقط على الأرض وانتابه قلقٌ عظيم. وإذ كان قد تدرب على كشف أفكاره فقد تعرف على هذه الفكرة التى خالجته فى ذلك الحين: «لقد وضع لى القدر هذا الثلج لكى أسقط». عندئذ تذكر حديث معالجه عن ميله إلى «شخصنة» الأحداث الخارجية. فتفرّس فيما حوله فإذا الآخرون أيضًا يتزحلقون، والسيارات تنزلق جانبيًا على الثلج. حتى الكلاب كانت تزِل أرجلها وتسقط حين وقع له هذا الوعى (أن الثلج ليس ابتلاءً خاصًا به بالذات) زايله القلق، واستعاد هدوءه واتزانه.

التثبت من النتائج

يميل عامة البشر إلى الثقة بأفكارهم. وقلما يرتاب الواحد منهم فى صحة أفكاره. فهو يعتبرها صورة مصغرة (عالمًا أصغر) للعالم الخارجى. ويلصق بها نفس الدرجة من قيمة الصدق Truth value(*) التى يلصقها بمدركاته الحسية للعالم الخارجى.

وحتى بعد أن يتمكن المريض من التمييز الواضح بين عملياته الذهنية الداخلية من جهة والعالم الخارجى الذى يثير هذه العمليات من جهة أخرى، يبقى من المتوجب علينا أن نرشده عن طرق اكتساب المعرفة الدقيقة. فالناس يقومون فى كل لحظة بوضع فروضٍ وبناء استدلالات. ويميلون إلى اعتبار استدلالهم مكافئًا للواقع وإلى التسليم بفروضهم كما لو

(*) هناك قيمتان للصدق فى المنطق التقليدى هما: الصدق والكذب. على أن هناك أنواعا من المنطق تستخدم ثلاث قيم للصدق: الصدق، والكذب، وعدم التحديد. «المترجم».

كانت حقائق صلبة. وهم فى الظروف العادية قد يحققون مستوى جيداً من التكيف والأداء لأن فكرهم قد يكون متفقاً مع الواقع بحيث لا يعيق تكيفهم وأداءهم.

أما فى حالات العصاب فقد يكون للمفاهيم المحرفة تأثير معطّل. فمن شأن هذه المفاهيم المحرفة أن تؤدى إلى تفكير مغلوط في مجالات معينة من الخبرة. فى هذه القطاعات المحددة تفضى المفاهيم المحرفة إلى ضربٍ من الأحكام المهَوَّشة undifferentiated الشمولية بدلاً من أن تهدى الشخص إلى تمييزاتٍ دقيقةٍ مرهفة تضئ له تضاعيف الواقع وثناياه وتهيئه للانسجام معه. فكثيراً ما نجد المريض (كما أشرنا فى الفصل الرابع) يتنكب المنطقَ ويقفز إلى استدلالات اعتسافية وتعميمات مفرطة وتهويلات ومبالغات.

يمكن للمعالج النفسى أن يستخدم فنيات معينة لكى يحدد ما إذا كانت استنتاجات المريض غير دقيقة أو غير مبرَّرة. وحيث أن المريض قد اعتاد إقامة تحريفات وتشويهات فإن مهمة المعالج تنحصر أساساً فى استكشاف النتائج ومضاهاتها بالواقع. إن مهمته هى أن يشترك مع المريض فى تطبيق قواعد الاستدلال الصحيح وهى التحقق أولاً من صدق الملاحظات ثم تتبُّع المسار المنطقى الذى يؤدى إلى النتائج.

تغيير القواعد

رأينا أن الناس تستخدم قواعد معينة (صياغات، معادلات، مقدمات) فى تنظيم حياتها الخاصة وفي محاولة تعديل سلوك الآخرين. بل إنهم يطلقون الأسماء والنعوت ويفسرون الأمور ويقيّمونها وفقًا لمجموعة من القواعد. حين تكون هذه القواعد مصوغة فى حدودٍ مطلقة أو تكون غير واقعية أو مستعملة بطريقة غير ملائمة أو غير معتدلة، فكثيراً ما تؤدى إلى سوء التوافق، وكثيراً ما تفضى فى النهاية إلى لونٍ من ألوان الاضطراب: القلق، الاكتئاب، الرهاب، الهوس، حالات البارانويا، الوسواس. وحين تؤدي القواعد إلى صعوبات ومشكلات فهى غير تكيفية بحكم التعريف.

يطلق إليس (١٩٦٢) على مثل هذه القواعد اسم «الأفكار اللامعقولة» irrational ideas وأرى أن هذاالمصطلح، رغم قوته، غير دقيق. فليست هذه الأفكار فى عمومها غير معقولة، بل هى مطلقة شمولية مغالية إلى حد بعيد. وهى مفرطة فى الشخصنة ومستخدمة

باعتساف شديد. وهي بذلك لا تسعفه ولا تعينه على مطالب العيش ومقتضيات الحياة. لكي تصير القواعد مُجدية له وأدنى إلي النفع والفائدة يجب أن يُعاد تشكيلها وصياغتها بحيث تكون أكثر دقة ومرونة وأقل تمركزاً على الذات. فإذا ما ثبت أنها زائفة وانهزامية وغير عملية فعلي المريض أن يطِّرحها من مخزونه ويستبدل بها، بمساعدة المعالج، قواعد أخرى أكثر واقعية وتكيفًا.

ونظرًا لأن بقية الكتّاب قد استخدموا مصطلحات من قبيل «الاتجاهات» attitudes، «الأفكار» ideas، «المفاهيم» concepts، «البناءات» constructs، لتشير إلى ما نعنيه بلفظ «القواعد» rules، فسوف نستعمل هذه المصطلحات في دراستنا الآتية بطريقة تعاوضية. فبغض النظر عن المصطلحات المستخدمة، يقرر كثير من المعالجين أن مساعدة المريض على تعديل أفكاره اللاتكيفية أو اطّراحها وتبنِّي اتجاهات أكثر واقعية، قد أدت إلى زوال الأعراض المعوّقة من قلق ورهاب واكتئاب. علي أن المعالجين يغفلون أحيانًا عن الحقيقة الواضحة وهي أنهم لا يلزمهم أن يغيروا افتراضات المريض الخاطئة وأساطيره الشخصية ما لم تؤدِّ به إلى مصاعب أو تورثه مشكلات. فالمعالج ليس مفوَّضًا بأن يعلّم المريض أن يكون «رجل نهضة».

يبدو أن محتوى القواعد الخاصة بتشفير الخبرات وتسيير السلوك تدور حول محورين رئيسيين: الخطر في مقابل الأمان، والألم مقابل اللذة. أما المرضى فتبرز مصاعبهم في تقديراتهم للخطر والأمان، أو في مفهوماتهم عن الألم والإشباع.

تشمل القواعد المتصلة بالأمان والخطر كلاً من الضرر الجسمي والضرر السيكولوجي (انظر الفصل السابع). أما الهموم المتعلقة بالضرر الجسمي فتغطي نطاقًا عريضًا من المواقف الخطرة: أن يهاجَم المرءُ أو يُقتل بواسطة بشر أو حيوانات، أن يُصاب أو يقتل من جراء سقوطه من مكان مرتفع أو باصطدام (كما في حوادث السيارات)، الحرمان من الهواء حتى الاختناق أو من الطعام حتى الموت صبراً. بديهي أن هذه الأحداثَ المؤذية كائنةٌ في العالم الواقعي. ومن أجل البقاء يسترشد الناس بـ «دليل القواعد» الذهني لتأويل المواقف الخطرة وتقدير درجة الخطر. وتأتي المصاعب من التأويل المغلوط والتقدير الخاطئ. فكلٌّ من المتخوف المرتاع حيث لا خطر والطائش المتهور حيث لا أمان يفتقدان القواعد الصحيحة، أو هما لا يطبقانها التطبيق الصحيح.

أما الضرر النفسي ـ الاجتماعي فيشمل مختلف مشاعر الاستياء والخزى والحرج والحزن التي تلحق بالشخص حين تناله إهانةٌ أو نقد أو رفض. وهنا يجب أن نلاحظ أن هذه المشاعر

يمكن أن تساوره حين « يفكر »، مجرد تفكير، أنه أُهين أو انتُقد أو رُفض، في حين أن شيئًا من ذلك لم يحدث في الواقع. ويجب أن نلاحظ أيضًا أن الرفض أو النقد لا يترك أى علامة دالة كما هو الشأن فى حالة الأذى الجسمى الذى ينطوى على مؤشر دقيق لدرجة الإصابة (النزيف مثلاً أو الألم المحدد). فالشخص الذى رُفض أو أُهين يحس باستياء ما، دون أن يكون بإمكاننا أن نتبين ما إذا كان استياؤه قائمًا على إهانة حقيقية أوعلى وهم الإهانة.

لكى يخفضَ الناسُ الخطرَ إلى أدنى حد فإنهم يستخدمون قواعد لتقدير احتمالات الخطر ودرجته، وإمكانات النجاح فى التعامل معه. فصفة الخطر يمكن أن تطلق على نسبة [الضرر الممكن - إلى - آليات التكيف]. فإذا ما بالغ شخصٌ في هذه النسبة وغالى فى تقدير درجة الخطر فهو يحمِّل نفسه قلقًا لا داعيَ له ويضيِّق نطاقَ حياته بلا مبرر. أما إذا استخفَّ بالخطر ولم يقدر حجمه الصحيح فهو يعرِّض نفسه للحوادث ويلقى بنفسه إلى الهلاك.

تتسم القواعد المستخدمة فى العلاقات البينشخصية بشىء من الغموض وعدم التحدد. فهى علاقات معقدة بطبيعتها، ولا يتوافر فيها للشخص موشر أمين يقيس به نوايا الشر عند الشخص الآخر بشكل دقيق. يرى بعضُ الناس أنه سهل الانجراح فى جميع العلاقات الشخصية، وهو بذلك يحس على الدوام أنه على حد الموسى. بينما يغفل البعضُ إشارات الآخرين ونُذُرَهم فيقعون بطبيعة الحال فى مصاعب بينشخصية متكررة.

ولما كانت معظم مشكلات المرضى تنشأ فى سياق العلاقات البينشخصية، فسوف نبدأ ببحث بعض الاتجاهات البينشخصية الشائعة. يمكن أن نلخص المخاطر البينشخصية فى قاعدة مثل: « إنه لشىءٌ مروِّعٌ أن يستهين بى شخصٌ ما ». قد يكون هذا الشخص الآخر صديقًا قريبًا أو والدًا أو قرينًا أو أحد المعارف أو أحد الغرباء. وتدلنا الممارسةُ الإكلينيكية على أن عامة المرضى يخشون بالأكثر من استهانة القرناء - زملاء الفصل أو زملاء العمل أو زملاء المهنة أو الأصدقاء. على أن البعض يخاف بالأكثر من الغرباء ومن احتمال أن يبدو لهم أحمق مثيرًا للسخرية؛ فأكثر تخوُّفه هو من ردود أفعال موظف فى محل أو نادل فى مطعم أو سائق تاكسى أو ركاب فى حافلة أو عابر فى طريق. قد تكون هذه الاستجابات أكثر تهديدًا لهؤلاء المرضى لأنهم لم يتعلموا من الخبرة المباشرة ماذا عليهم أن يتوقعوا من هؤلاء الغرباء فى هذه المواقف.

قد يرهب شخصٌ موقفًا ما يرى أنه عُرضةٌ فيه لانتقادات الآخرين (جهرًا وسرًا). لقد نَمَت به حساسيةٌ خاصة تجاه المواقف التى قد تكشف بعض نقاط ضعفه أو نقائصه. وقد

يكون خوفه منصباً على رفض الآخرين له بسبب ارتباكه، أو بسبب خوفه البادى من الرفض. في الحالات الأكثر شدة قد يخشى الفرد من فقد التحكم في نفسه: أن يبدو شديد الانفعال أو أن يُغمى عليه أو يتصرف بجنون.

قد يتخيل المريض من الغرباء كل صنوف الاستجابات السلبية ودرجاتها، بدءاً من النظرة المتحجِّرة حتى الشجب الصريح. ومن الضرورى أن نفهم أنه يعتبرها جميعاً بالغة السوء. وعندما نسأل المرضى لماذا يعدون انتقاد أحد الغرباء لهم شيئاً بالغ السوء يتحيرون فى تفسير ذلك، ويتضح أنهم يعتبرونه من المسلمات: إنه شيء سيء «بحكم التعريف» by definition. إنهم مسكونون بفكرة غامضة مفادها أن الرفض أو النقد من شأنه أن يشوه إلى الأبد صورتهم الاجتماعية وصورتهم عن أنفسهم بشكل أو بآخر.

هذه حالة لطالب طب توضح المدخل العلاجى للتعامل مع مثل هذا الخوف من النقد. كان هذا الطالب دائم الانكماش والتخاذل فى مواقف عديدة تتطلب توكيد الذات. كان يخجل مثلاً من أن يسأل غريباً عن الطريق، أو يراجع أمين صندوق فى قائمة حسابه أو يرفض فعل شيء طُلِبَ منه أو يطلب من أحدٍ خدمةً ما أو يتحدث أمام جَمْع. وفيما يلى مقتطفات من المناظرة الاكلينيكية تبين المدخل المستخدم فى علاج هذا الطالب:

المريض: إن علىَّ أن ألقى كلمةً أمام الفصل غداً وأنا خائف إلى أبعد حد.

المعالج: مم تخاف؟

المريض: أعتقد أنى سوف أبدو مرتبكاً أحمق.

المعالج: لنفرض أنك ارتبكتَ بالفعل، لماذا تعد ذلك شراً مستطيراً؟

المريض: لن أغتفر ذلك لنفسى بعدها «أبداً»

المعالج: إن «الأبد» هذا أمدٌ يطول. خلِّنا هنا الآن. افترِضْ أنهم استهزءوا بك، فهل فى ذلك موتُك؟

المريض: بالطبع لا.

المعالج: هَبْ أنهم قرروا أنك أسوأُ متحدثٍ عرفته الدنيا، فهلِ فى ذلك نهايةُ مستقبلك المهنى؟

المـريـض: لا. ولكن لا شك أنه يكون شيئًا جميلاً لو كان بإمكانى أن أكون متحدثًا جيداً.

المـعـالـج: مؤكد يكون شيئًا جميلاً. ولكن إذا فاتَكَ هذا، هل يتبرأ منك والداك أو زوجتك؟

المريض: لا. إنهم فى منتهى العطف.

المعالج: حسناً. ما الشىء المريع إذن فى هذا الأمر؟

المريض: قد أشعر بشىء من الأسى.

المعالج: كم يطول هذا الشعور؟

المريض: يومًا تقريبًا أو يومين.

المعالج: وماذا بعدئذٍ؟

المريض: بعدئذٍ سأكون بخير.

المعالج: إذن أنت تروِّع نفسك بالضبط كما لو أن مصيرك معلق بالميزان.

المريض: هذا صحيح. إننى أروِّع نفسى كما لو كان مستقبلى بأسره على الخازوق.

المعالج: دعنى أقُلْ لك لقد تعطَّلَ تفكيرك فى نقطةٍ ما من مساره فجعلتَ تعتبر أى فشل كأنه نهاية العالم. إن ما يجب أن تفعله هو أن تسمى فشلَكَ تسميةً صحيحه - كفشلٍ فى الوصول إلى أحد الأهداف وليس كنكبةٍ أو كارثة. إن عليك أن تبدأ فى تفنيد مقدماتك الخاطئة.

فى الجلسة التالية، وبعد أن ألقي المريض كلمته التى جاءت، كما توقع، مضطربةً بعضَ الشىء بسبب مخاوفه، قمنا بمراجعة أفكاره عن فشله.

المعالج: بم تشعر الآن؟

المريض: فى حالٍ أفضل. ولكنى كنتُ فى كدرٍ ونكدٍ بضعةَ أيام.

المعالج: ماذا ترى الآن فى فكرتك أن إلقاء كلمةٍ متعثرة هو نكبةٌ وكارثة؟

المريض: إنه بالطبع ليس نكبة.

المعالج: ماذا يكون إذن؟

المريض: إنه شيءٌ غيرسار، ولكنى ساعيش.

لقد تم تدريب المريض على تغيير فكرة أن «الفشل كارثة». وانخفض قلقه التوقعى anticipatory anxiety بدرجة كبيرة قبل كلمته الثانية التى ألقاها بعد أسبوعٍ من الأولى. وكان أكثر هدوءاً أثناء كلمته. وفى الجلسة العلاجية التالية اتفق معى تماماً فى أنه يُكْبِر ردود فعل زملاء الفصل ويسبغ عليها أهميةً زائدة. وقد جرى بيننا الحديث التالى:

المريض: لقد كان شعورى أفضل بكثير أثناء كلمتى الأخيرة. أظن أنها مسألة تمرس وخبرة.

المعالج: هل وجدتَ هَدْيًا ما فى فكرة أن رأى الناس فيك ليس على درجة مطلقة من الأهمية؟

المريض: لو صرتُ طبيباً فى يوم من الأيام ساكون مقنعًا جداً لمرضاى.

المعالج: إن كونك طبيبًا جيداً يتوقف على إجادتك للتشخيص والعلاج وليس على إجادتك الحديثَ العام.

المريض: حسنًا. إننى على يقين من أننى مقنع للمرضى - أظن أن هذا هو المهم.

أما بقية الجلسات فقد كرسناها لتنفيد الاتجاهات اللاتكيفية التى كانت تسبب متاعب لهذا المريض فى غير ذلك من المواقف. وقد أفْضَى إلىَّ المريضُ بتوجه جديد كان آخذاً فى اكتسابه عندما قال: «إننى أدرك الآن بالفعل كم هو مَعيب أن أكون مهموماً بمن هم غرباءُ تماماً عنى. إننى لن أراهم مرةً ثانية فما أهمية رأيهم عنى وأى فرقٍ يمكن أن يُحْدِثَه؟».

وبنفس الطريقة يمكن تفنيد الافتراضات المتصلة بالمخاوف الجسمية وتعديلها. والأغلب فى شأن هذه الاتجاهات ألا تنشط إلا إذا اقترب المريض من الموقف المخيف. غير أننا يمكن أن نحرك فيه هذه الاتجاهات بأن نجعله يصف لنا الموقف الرهابى أو يتخيل نفسه فيه (تخيل الموقف هو من الفنيات الأساسية لخفض الحساسية المنظم عند ولبه wolpe). فقد تُصاغ القاعدة التحتية للخوف بصورة قريبة من هذا: «إذا صعدتُ علي الدرَج (اجتزت خلال نفق، دخلتُ محلاً مزدحماً، ارتقيتُ قمة مبنى مرتفع) فسوف أُصاب بنوبة قلبية (أصاب باختناق، أصاب بإغماء، أسقط من عَلٍ)».

حيث أن العديد من المرضى لا يأبهون بالخطر ولا يأخذونه مأخذ الجد حين يكونون بمأمن منه فى مكتب المعالج، فمن المفيد أن نعمد إلى تنشيط الخوف بطريقة ما ثم نساعد المريض فى التعامل معه. وقد عرضنا فى الفصل السابع حالة رجل يخاف السفر جواً ولاحظنا أنه يستبعد احتمال تحطم الطائرة إلى يزمع السفر بالفعل. وفى المثال التالى نعرض لحالة امرأة كانت مصابة بالخوف من الأماكن المزدحمة:

المعالج: م تخشين عندما تكونين فى مكان مزدحم؟

المريضة: أخشى أننى لن أستطيع التقاط أنفاسى.

المعالج: و؟

المريض: وأموت.

المعالج: تموتين بمعنى الكلمة؟

المريضة: حسنًا، إننى أعرف أن هذا يبدو سخيفًا ولكنى أخشى أن يتوقف تنفسى تمامًا.. وأموت.

المعالج: الآن الآن كم تقدرين احتمالات أنك سوف تختنقين وتموتين؟

المريضة: الآن الآن... تبدو لى واحداً فى الألف.

عندئذ أعطيت المريضة إرشاداً عن التقنية الآتية. فقد طلبتُ منها أن تدون فى إضمامة ورق ملاحظات عن احتمالات موتها كلمات اقتربت من محل تجارى مزدحم. وفى الجسلة الجديدة أتت المريضة بالمدونات التالية:

١ - أغادر منزلى - احتمال الموت فى المحل التجارى - ١ فى الألف.

٢ - أقود سيارتى إلى المدينة .... - ١ فى المئة.

٣ - أصفّ سيارتى فى قطعة أرض -............. - ١ في الخمسين.

٤ - أمشى إلى المحل التجارى - .... - ١ فى العشرة.

٥ - أدخل المحل التجاري - .... - ٢ إلى ١.

٦ - في وسط الزحام - .... - ١٠ إلى ١.

المعالج: إذن عندما كنتِ في الزحام اعتقدت أنك تموتين باحتمال عشرة إلى واحد.

المريضة: لقد كان المتجر مزدحماً ومكتوماً ولم أكن أستطيع أخذ نفسي. وأحسست أني أموت. لقد أصابني الهلعُ بالفعل فهُرعتُ خارجةً من هناك.

المعالج: كم تقدِّرين ـ الآن الآن ـ احتمال موتك لو أنك كنتِ قد لبثتِ في المتجر؟

المريضة: ربما واحد في المليون.

وفي ذهابها التالي إلى المتجر انخفضت تقديراتها لاحتمال موتها انخفاضاً كبيراً عما كانته في المرة السابقة. فقد استطاعت هذه المريضة، بعد مزيد من الحوار، أن تستوعب فكرة أن المتجر المزدحم ليس خطراً على حياتها. فلما أن دخلت المتجر ذكَّرَت نفسها بأنها خلصت بالفعل إلى قناعة قائمة على العقل ـ أن المتجر هو مكان مأمون. ولم تعد بالتالي تشعر بضيق في المحلات التجارية ولا في غيرها من الأماكن المزدحمة.

إن قواعد (اللذة ـ الألم) يماثل بعضها البعض: فأحدها في الأغلب هو معكوس الآخر. ومن هذه القواعد ما هو من الشمول والاتساع بحيث يخالف الواقع ولا يطابقه، أو أن له آثاراً بعيدة تتعارض مع بعض الأهداف الحياتية الكبرى للمريض. من أمثلة هذه القواعد أو التوجهات: «إنه لشيء رائع أن يكون المرء مشهوراً». أما معكوسه، وهو ما يعتنقه كثير من الناس، فهو: «من المحال أن أحس بأى سعادة إذا كنتُ غير مشهور». ومن شأن الأشخاص الذين تسيطر عليهم هذه القواعد أن يظلوا في حالة حرب: فيدفعون أنفسهم دفعاً نحو تحقيق المكانة والصيت والشعبية والسلطة، ويدونون نقطةً عند كل مكسب ويطرحون نقاطاً عند كل خسارة أو توقف. مثل هذا الاتباع العبودي لهذه القواعد كفيل بأن يعيق غاياتٍ أخرى في الحياة مثل التمتع بالصحة الجيدة والعيش الهادئ والعلاقات المشبعة مع الآخرين.

والأدهى من ذلك حقاً أن بعض الناس قد يسقطون في الاكتئاب نتيجة عبوديتهم لهذه القواعد. ويمرون في ذلك بالمراحل الآتية: يبدءون أولاً بالحكم على أنفسهم بالفشل في تحقيق الهدف السانح ـ الشهرة على سبيل المثال. ويُتْبعون ذلك بسلسلة من الاستنباطات: «إذا لم أصبح مشهورا فقد فشلت.. وقد فقدتُ الشيءَ الوحيد الذي يهم أي إنسان حقاً.. إنني فاشل.. لا فائدة في الاستمرار.. ربما أبخع نفسي أيضاً وأستريح». حين يفحص المريض المقدمة الأولى يدرك أنه لم يلتفت إلى إشباعات أخرى في الحياة غير الشهرة. ويدرك كيف ضَيَّق حياته وحبس نفسه في صندوق حين حصر سعادته في حدود الشهرة. كذلك

يفعل من يحصرون سعادتهم في حدود الحب، فلا يرون هناءةً سوى أن يكون المرء محبوبًا من شخصٍ معين. إنهم يسلمون أنفسهم للتقلبات الشعورية والترجُّح بين السعادة والأسى وفقما يرون أنفسهم ويقدرون نصيبهم من الحب أو من الهجر. وقد يستهدفون للاكتئاب أيضًا وينتهون إليه.

وفيما يلى قائمة ببعض الاتجاهات التى تعرِّض الناس للحزن الزائد أو الاكتئاب:

(١) لكى أكون سعيداً يتحتَّم أن أكون ناجحًا فى أى شيء أقوم به.

(٢) لكى أكون سعيداً يتحتم أن أكون مقبولاً (محبوبًا، محطَّ إعجاب) من كل الناس.

(٣) إذا لم أكن على القمة فأنا فاشل ساقط (*).

(٤) إنه لشيء رائع أن أكون غنيًا شهيرًا ذا شعبية ورواج، وشيء فظيع أن أكون مغمورًا محدودًا.

(٥) إذا ما ارتكبتُ خطأً فهذا يعنى أننى غشيم أخرق.

(٦) إن قيمتى كشخص تتوقف على رأى الآخرين فىّ.

(٧) يستحيل أن أعيش بلا حب. إذا لم تحبنى زوجتى (حبيبتى، والدى، ولدى) فأنا تافه لا قيمة لى.

(٨) إذا اختلف معى شخص ما في الرأى فهذا يعنى أنه لا يحبنى.

(٩) إذا لم أهتبل كل فرصة تسنح لكى أتقدم إلى الأمام، فسوف أندم عليها فيما بعد.

مثل هذه القواعد حَرّية أن تؤدى إلى البؤس والشقاء. فمن غير الممكن أن يكون الشخص محبوبًا تمامًا وفى جميع الأوقات ومن جميع الأصدقاء. فالحب درجات، ودرجة الحب والقبول تتذبذب بشدة. فضلاً عن أن منطوق هذه القواعد يجعل أى انخفاض فى درجة الحب بمثابة رفضٍ ونبذ.

كما أن الاعتماد أو التعويل على القبول والإعجاب والحب يطرح مشكلةً أخرى. فنحن لا نملك مقياسًا دقيقًا يحدد ما إذا كان شخصٌ ما يرفضنا بالفعل أو يزدرينا أو ينقدنا. وقد

(*) "If I am not on top, I am a Flop"

سبق أن بينا أن الأذى النفسى يختلف عن الأذى الجسدى. فإذا كان بمقدورنا أن نتحقق موضوعيًا من الأذى الجسدى حين يهاجمنا شخص ما بان نفحص موضع الإصابة، فكيف ترى نتحقق، حين يبدو على شخص ما أنه يرفضنا، من أننا لا نسئ تأويل سلوكه؟ فمشاعر الكرب الذاتى ليست مقياسًا أمينًا للتحقق من تاويلنا لأن مثل هذه المشاعر قد تحدث سواء كان التأويل صحيحًا أم مخطئًا. هذا الافتقاد للمعلومات المؤيّدة هو ما يجعل التعامل مع الصدمة النفسية أصعب بما لا يُحَد من التعامل مع الإصابة الجسدية.

من الفنيات الكبرى فى العلاج المعرفى فنيةٌ مؤداها أن نكشف اتجاهات المريض ونسلط عليهاالضوء ونساعده على أن يمحصها ويقرر ما إذا كانت انهزامية قاهرة للذات. ومن الضرورى فضلاً عن ذلك أن يتعلم المريض من خبرته ذاتها أن بعض اتجاهاته قد انتهت به إلى غاية من التعاسة والشقاء، وأنه كان أجدى له أن يسترشد بقواعد أكثر اعتدالاً وواقعية. وعلى المعالج هنا أن يقف دورَه عند اقتراح قواعد بديلة يأخذها المريض بالتأمل والتمحيص، لا أن يقوم له بغسيل مخ ويفرض عليه قواعده واعتقادته.

تتصل بقواعد (اللذة ـ الألم) مجموعة من القواعد تسمى «طغيان لابد» (Horney, 1950). فإذا ما اعتنق شخص قاعدة «لكى أكون سعيداً يلزمنى أن أكون محبوباً من الجميع»، فإنها تحمله على أن يحقق ذلك بقاعدة أخرى: «لابد أن أجعل الجميع يحبنى». «لابد أن» و«لابد ألا». لهذين الأمرين طبيعة استعبادية، وهما يتفقان فى ملامح كثيرة مع مفهوم فرويد عن الأنا الأعلى.

وفيما يلى بعض قواعد «لابد» الشائعة:

١ ـ لابد أن أكون قمة الكرم والرقة والجلال والشجاعة والإيثار.

٢ ـ لابد أن أكون المحب المثالى والصديق المثالى والوالد والمعلم والطالب والزوج المثالى.

٣ ـ لابد أن أتحمل أية مصاعب بثبات ورباطة جأش.

٤ ـ لابد ان أكون قادراً على إيجاد حل سريع لأى مشكلة.

٥ ـ لابد ألا أستاء أو أتاذى، ولا بد أن أكون دائماً سعيداً صافياً.

٦ ـ لابد أن أعرف وأفهم وأتنبأ بكل شيء قبل حدوثه.

٧ ـ لابدأ أن أكون دائماً طبيعياً تلقائياً، وأن أتحكم دائماً فى مشاعرى.

٨ ـ لا بد أن أؤكد ذاتى، وألاّ أؤذى أى شخص آخر.

٩ ـ لابد ألاّ أتعب أو أمرض أبداً.

١٠ ـ لابد أن أكون دائماً فى أوج الكفاءة والفاعلية.

الاستراتيجية الاجمالية

إن جعبة المعالج المعرفى لَتَعِجُّ بالتكتيكات العلاجية المتنوعة. فإذا لم يكوِّن استراتيجية إجمالية للحالة التى بين يديه، يصبح العلاج عرضةً لأن يضل فى مسار متخبط قائم على المحاولة الخطأ. وقد سبق أن أجملنا المبادئ التى تكون الإطار العام للعلاج المعرفى فى هذا الفصل وفى فصولٍ سابقة أيضاً: تسليط الضوء على تحريفات المريض وأوامره لنفسه وتأنيبه لها مما يورثه همّاً وعجزاً، ثم مساعدته على مراجعة القواعد التحتية التى تبعث هذه الإشارات الذاتية الخاطئة. ولا تختلف بعض طرائق المعالج المعرفى عما كان يستخدمه المرضى من قبل فى محاولاتهم الناجحة لحل المشكلات. إنه يعمل مع المريض بطريقة أكثر منهجيةً واتساقاً لحل تلك المشكلات النفسية التى عجز عن حلها بنفسه. وتشتمل آلياته الخاصة على تحديد مناطق الاضطراب بدقة، وملء الثغرات المعلوماتية، والربط المنطقى بين المعطيات، وإقامة تعميمات صحيحة. عندئذٍ يقوم المعالج بحَثّ المريض على استخدام جهاز حل المشكلات الخاص به كى يعدِّل طرائقه فى تأويل خبراته وتنظيم سلوكه.

تتداخل تقنيات techniques العلاج النفسى مع عملية process العلاج النفسى تداخلاً شديداً بحيث يصعب وضع خط فاصل بين ما يقوم به المعالج وبين استجابات المريض. كما أن المعالج قد يستخدم عدة إجراءات فى الوقت نفسه. وقد يستجيب المريض لهذه الإجراءات بسلسلة من الاستجابات العلاجية. فحين يكون المعالج مثلاً بصدد تدريب مريضه على اكتشاف أفكاره الأوتوماتيكية فهو بطريق مباشر أو غير مباشر يلقى ظلال الشك على صحة هذه الأفكار. وبدَوْره يكتسب المريض مزيداً من الموضوعية (أخذ مسافة) خلال عملية اكتشافه لهذا اللون من التفكير. وهو إذ يتبين عبثية هذه الإشارات الذاتية ولا تكيفيتها ومجافاتها للواقع يميل إلى تصحيحها تلقائياً. ويؤدى هذا الصنف من التمحيص الذاتى مباشرة إلى كشف المقدمات والمعادلات التحتية ـ أى القواعد المسئولة عن الاستجابات

الخاطئة. وفيما يلي حالة توضح التأثير المتبادل بين إجراءات المعالج والاستجابات النفسية للمريض.

إنها حالة امرأة شابة على جانب كبير من الجاذبية، وأم لثلاثة أطفال. نوظرت هذه المرأة في إحدى العيادات النفسية الجامعية بسبب نوبات قلق كانت تلم بها وتدوم ست ساعات أو سبعاً في اليوم، وجعلت تنتابها يومياً طوال أكثر من أربعة أعوام. وكثيراً ما استشارت طبيب العائلة الذي وصف لها الثورازين thorazine وعديداً من المهدئات دون تحسنٍ يُذكَر.

في أول مناظرة إكلينيكية لهذه المرأة اكتشفتُ الحقائق التالية: وقعت أول نوبة من هذه النوبات بعد أسبوعين من إجهاضٍ لها. فقد كانت تنحنى لكى «تحمم» طفلها ذا العام الواحد فإذا بها تحس ببداية إغماء، وألمت بها أولى نوبات القلق ودامت ساعات عديدة. عيِّت المرأةُ بأن تجد لقلقها أى تفسير. وحين سألتُها عما إذا كانت أية فكرة قد خالجتها لحظةَ أحسَّت بالدوار تذكّرت هذه الفكرة: «ويلى لو غشينى إغماء فأصبت طفلى الرضيع». وقد بدا معقولاً، كفرضٍ عاملٍ، أن دوارها (الذي ربما كان نتيجة أنيميا النفاس) قد أدى إلى الخوف من الإغماء وسقوط الطفل، وأن هذه الفكرة المخيفة قد أدت إلى القلق الذي فسرته كعلامة على أنها تتداعى وتتحطم.

كانت هذه المرأة حتى وقت إجهاضها مطمئنةً ناعمةَ البال لا تعرف القلقَ ونوباته. لكنها بعد الإجهاض أخذت تساورها من وقت لآخر فكرة «لستُ مُحَصَّنة من المصائب». ومنذ ذلك الحين جعلت كلما سمعت بمرض أحدٍ فكَّرت «ربما يصيبنى هذا» وبدأت فى القلق والتوتر.

وقد وجَّهتُ تعليماتى إلى المريضة أن تحاول تحديد أى أفكار تسبق أى نوبة قلق قادمة. وفى الجلسة التالية روت المريضة ما يلى:

١ ـ سمعت المريضةُ ذات مساء أن زوج إحدى صديقاتها أصيب بالتهاب رئوى شديد فدهمتها للتو نوبةُ قلق دامت ساعات عديدة. وقد حاولتْ وفق التعليمات أن تستحضر الفكرة السابقة على القلق، فتذكرت هذه الفكرة: «قد يُصاب توم (زوجها بمثل ذلك وربما يموت)».

٢ ـ حين أزمعتْ يومًا الذهاب إلى منزل أختها أصابها قلقٌ شديد وبالتركيز على فكرها تبينت هذا الهاجس المتكرر «قد أقع مريضةً أثناء الذهاب». لقد سبق أن أصيبت هذه

المريضة بالتهاب معدى معوى في رحلة سابقة إلى منزل أختها. ومن الواضح أنها اعتقدت أن ذلك يحتمل جداً أن يتكرر.

٣ ـ أحسَّت ذات مرة بضيق وبأن الأشياء تبدو لها غير حقيقية. عندئذ طاف بها هذا الطائف: «قد يكون هذا بداية الجنون» وانتابتها للتو نوبة قلق دامت قرابة الساعة.

٤ ـ علمت يوماً أن إحدى صديقاتها قد أودِعَت بمستشفى عقلي حكومي. وقد أدت هذه المعلومة إلى هذه الفكرة «قد يحدث لى ذلك.. قد أفقد عقلى». وبسؤالها عن تفصيلات معينة عن فقد عقلها قالت إنها تخشى إذا ما أصابها الجنون أن تفعل شيئاً قد يلحق الضرر بأطفالها أو بنفسها.

من الواضح أن المخاوف الرئيسية لهذه المريضة كانت تدور حول توقعها أن تفقد التحكم فى نفسها، سواء من طريق الإغماء أو الذهان، وأن تفعل بالتالى شيئاً ضاراً. وقد بينتُ لها أنها لا تعانى من أى ذهان، وقدمتُ لها تفسيراً لنوبات قلقها ولما تبنيه على هذه النوبات من معانٍ (كانت صياغاتها التحتية هى أن أعراض القلق تشير إلى أنها على شفا الذهان). وقد انخفض معدل النوبات وقلَّت شدتها خلال الأسابيع القليلة التى تلت ذلك. واختفت تماماً بنهاية الأسبوع الرابع.

كانت الدَّفعةُ العلاجية الكبري في هذه الحالة هى تدريب المريضة على أن تستحضر الأفكار السابقة على نوبة القلق وأن تقيِّم صحتها. ذلك أن هذه النوبات تبدأ بفكرة أو معرفة cognition لا بقوة خفية غامضة. وإذ تبينت المريضةُ ذلك اقتنعت بأن فكرة ضعفها واستهدافها للمرض والجنون كانت غير صحيحة. وأدركت أيضاً أن اعتقادها فى أنها عاجزة عن التحكم فى استجاباتها كان اعتقاداً خاطئاً. واستطاعت إذ تعلمت تحديد الأفكار المؤدية إلى القلق أن تكتسب شيئاً من الانفصال عن هذه الأفكار وأن تضعها موضع الفحص واختبار الواقع، وبالتالى أن تدحضها وتبطل تأثيرها.

وبوسعنا الآن أن نصوغ التقدم الذى حققته هذه المريضة صياغةً تتفق مع النموذج العلاجى التالى: (١) الملاحظات الذاتية التى أدت مباشرة إلى الفكر السابق على القلق (٢) إيجاد صلة بين الأفكار ونوبة القلق (٣) تعلم النظر إلى الأفكار كفروض لا كحقائق (٤) اختبار الفروض (٥) تجميع المسلَّمات التى تبطِّن هذه الفروض وتولِّدها.

(٦) البرهنة على أن هذه القواعد المكونة لمنظومتها الاعتقادية كانت غير صحيحة. لقد

كانت منظومتها الاعتقادية تتألف من معادلات تتعلق باحتمال المرض الجسمي والعقلي، وفقد التحكم في النفس، وإيذاء شخص ما دون إرادة، بالإضافة إلى خرافة أن ما أصاب الغير يحتمل أن يصيبها أو يصيب أحداً من أسرتها، وأخيراً ذلك المبدأ المفزع لكل البشر: «لستُ منيعة.. وأي شيء يمكن أن يحيق بي». وقد تمكنّا عن طريق كشف المغالطة في معادلاتها وإحالاتها الذاتية أن نعدّل هذه المنظومة الاعتقادية المليئة بالعيوب والأخطاء.

References

Alexander, F.(1950), Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. New York: Norton.

Allport, G.(1968), The Person in Psychology. Boston:Beacon Press.

American Psychiatric Association (1968), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Angelino, H.& Shedd, C.I. (1953), Shifts in the content of fears and worries relative to chronological age. Proc. Oklahoma Acad. of Sci. 34: 180-186.

Arieti, S. (1968), The present status of psychiatric theory. Amer. J. Psychiat., 124: 1630-1939.

Arnold, M. (1960), Emotion and Personality, 1. New York: Columbia Univerity Press.

Auden, W.H. (1947), The Age of Anxiety;A Baroque Eclogue. New York: Random Hous.

Bandura, A (1969), principles of Behavior Modification. NewYork: Holt, Rinehart, & Winston.

Bateson, G. (1942), Social planning and the concept of deutero-learning in relation to the democratic way of life. In: Science, philosophy, and Religion, 2nd Symposium. New York: Harper, pp. 81-97.

Beck, A. T. (1952), Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. Psychiat., 15:305-312.

------- (1961), A systematic investigation of depression. Comprehens. Psychiat., 2:163-170.

------- (1963), Thinking and depression. Arch. Gen. psychiat., 9:324-333.

------- (1967), Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. New York: Harper & Row. Republished as : Depression: Causes

and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.

------- (1970a), Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. Behavior Therapy, 1:184-200.

------- (1970b), The core problem in depression: The cognitive triad. In: Depression: Theories and Therapies, ed.J. Masserman, New York: Grune & Stratton, pp. 47-55.

------- (1970c), Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology, J. Nerv. Ment. Dis., 150:3-17.

------- (1972a), Cognition, anxiety, and psychophysiological disorders. In: Anxiety: Current Trends in Theory and Research, ed. C. Spielberger. New York: Academic Press, 2:343-354.

------- (1972b)The phenomena of depression: A synthesis. In: Modern psychiatry and Clinical Research, ed. D. Offer & D. X. Freeman. New York: Basic Books, pp. 136-158.

------- (1974), Cognitive modification in depressed, suicidal patients. Presented at meeting of the Society for Psychotherapy Research, Denver, Colo.

------- & Greenberg, R. L. (1974), Cognitive therapy with depressed women. In: Women and Therapy: New Psychotherapies for a Changing Society, ed. V. Franks & V. Burtle. New York: Brunner / Mazel, pp. 113-131.

------- & Hurvich, M. (1959), Psychological Correlates of depression. psychosom. Med., 21:50-55.

------- & Rush, A.J. (1975), A cognitive model of anxiety formation and anxiety resolution. In: Stress and Anxiety, ed. I. D. Sarason & C.D. Spielberger. Washington: Hemisphere Publishing Co., 2:69-80.

------- & Ward, C.H. (1961), Dreams of depressed patients: Characteristic themes in manifest content. Arch. Gen. Psychiat., 5:462-467.

------- Kovacs, M., & Weissman, A. (1975), Hopelessness and suicidal behavior: An overview. JAMA, 234:1136-1139.

------- Laude, R. & Bohnert. M. (1974), Ideational components of anxiety neurosis. Arch. Gen. Psychiat. 31:319-325.

Bem, D. (1967), Self perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. Psychol Rev. 74:183-200.

Berecz, J.M. (1968), Phobias of childhood: Etiology and treatment. Psychol. Bull., 70:694-720.

Bergin, A. (1970), Cognitive therapy and behavior therapy: Foci for a multidimensional approach to treament. Behav. Ther., 1:205-212.

Berne, E. (1961), Transactional Analysis in Psychotherapy. New York: Grove.

Bernstein, L. (1960), The Age of Anxiety; Symphony No. 2 for Piano and Orchestra (after W.H. Auden). New York: G. Schirmer.

Bowlby, J. (1970), Reasonable fear and natural fear. Internat. J. Psychiat., 9:79-88.

Brown, B. (1967), Cognitive aspects of Wolpe's behavior therapy. Amer. J. Psychiat., 124:854-859.

Camus, A. (1947), the New York Times, Dec. 21, Sec. 7, p. 2

Cannon, W.B. (1915), Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage. New York: Appleton-Century-Crofts.

Charcot, J.M. (1890), Hémorrhagie et Ramollissement du Cerveau, Métallothérapie et Hypnotisme, Electrothérapie. Paris: Bureau du Progrés médical.

Coleman, R. (1970), The manipulation of self-esteem: A determinant of elation-depression. Doctoral dissertation, Temple University.

Costello, C. G. (1972), Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? Behav. Ther., 3:240-247.

Davison, G.C. (1966), differential relaxation and cognitive restructuring in therapy with a "paranoid schizophrenic" or "paranoid state" Proc. 74th Ann. Convention Amer Psychol. Assn. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 177-178.

(1968), Case report: Elimination of sadistic fantasy by a clientcontrolled counter-conditioning technique. J. Abnorm. psychol., 73:84-90.

Di. Loretto, A. (1971), Comparative Psychotherapy: An Experimental Analysis. Chicago: Aldine-Atherton.

Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O. & Sears, R. (1939), Frustration and Aggression. New Haven: yale University Press.

Dudley, D.L., Martin, C.J. & Holmes, T.H. (1964), Psychophysiologic studies of pulmonary ventilation. psychosom. Med., 26:645-660.

Dunbar, F. (1935), Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships, 1910-1933. New York: Columbia University Press.

D'Zurilla, T.J., Wilson, G. & Nelson, R. (1973). A preliminary study of the effectiveness of graduated prolonged exposure in the treatment of irrational fear. Behav. Ther., 4:672-685.

Efran, J.S. (1973), Self-criticism and psychotherapeutic exchanges. Mimeographed paper.

& Marcia, J.E. (1972), Systematic desensitization and social learning. In: Applications of a social Learning Theory of Personality, ed. J.B. Rotter, J.E. Chance, & E.J. phares. New York: Holt, Rinehart, & Winston, pp. 524-532.

Ellis, A. (1958), Rational psychotherapy. J. Gen. Psychol., 59:35-49.

(1962), Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

(1971), Growth Through Reason: Verbatim Cases in Rational Emotive Psychotherapy. Palo Alto: Science & Behavior Books.

& Murphy, R. (1975), A Bibiliography of Articles and Books on Rational-Emotive Therapy and Cognitive-Behavior Therapy. New York: Institute for Rational Living.

English, H.B.& English A.C. (1958), A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms: A Guide to Usage. New York: Longmans, Green.

Epstein, S. (1972), Comments on Dr. Cattell's paper. In: Anxiety: Current Trends in Theory and Research, ed. C. Spielberger. New York: Academic Press, 1:185-192.

(1973), The self-concept revisited: Or a theory of a theory. Amer. Psychol. 28:404-416.

Feather, B.W. (1971), A central fear hypothesis of phobias. Presented at the La. State University Medical Center Spring Symposium, "Behavior Therapy in Theory and Practice," New Orleans.

Fenichel, O. (1945), the psychoanalytic Theory of Neurosis New York: Norton.

Ferenczi, S. (1926), Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis, New York: Basic Books, 1952.

Frank, J. (1961), Persuasion and Healing. Baltimore: John Hopkins Press.

Freud, S. (1900), the interpretation of dreams. Standard Edition, 4&5 : 1-627. London: Hogarth Press, 1953.

------- (1915- 1917), Introductory lectures on psychoanalysis. Standard Edition, 15 & 16. London, Hogarth Press, 1963.

------- (1926), Inhibitions, symptoms and anxiety. Standard Edition, 20: 77- 175. London: Hogarth Press. 1959.

------- (1933), New introductory lectures on Psychoanalysis. Standard Edition, 22: 3- 182. London : Hogarth Press, 1964.

Friedman, A.S. (1964), Minimal effects of severe depression on cognitive functioning. J. Abnorm. Soc. Psychol., 69: 237 - 243.

Friedman, P. (1959), The phobias. In: American Handbook of Psychiatry, ed. S. Arieti. New York: Basic Books, 1: 292 - 305.

Galton, F. (1883), Inquiries into Human Faculty and Its Development. New York: Macmillan.

Garma, A. (1950), On pathogenesis of peptic ulcer. Internat. J. Psycho-Anal., 31:53- 72.

Gathercole, C.E. (1972), Modification of depressed behavior. Presented to a conference at Burton Manor organized by University of Liverpool, Dept. of Psychiatry.

Gerard, M.W. (1953), Genesis of Psychasomatic symptoms in infancy. In: The Psychpspmatic Concept in Psychoanalysis,. ed. F. Deutsch. New York: International Universities Press, pp. 82- 95.

Glasrud, C.A. (1960), The Age of Anxiety . New York: Houghton Mifflin.

Glasser, W. (1965), Reality Therapy; a New Approach to Psychiatry. New York: Harper & Row.

Goble, F.G. (1970), The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow. New York: Grossman.

Goldfried, M.R., Decenteceo, E.T.& Weinberg, L. (1974), Systematic rational restructuring as a self-control technique. Behav. Ther., 5:247-254.

Hartmann, H. (1964). Essays on Ego Psychology: Selected Problems in Psychoanalytic Theory. New York: Internatioal Universities Press.

Havens, L. (1996), Charcot and hysteria. J. Nerv. Ment. Dis., 141;505-516.

Heidegger, M. (1927), Being and Time. London: SCM Press. 1962.

Heider, F. (1958), The psychology of Interpersonal Relations. New York: Wiley.

Hinkle, L.E., Christenson, W.N., Kane, F.D., Ostfeld, A., Thetford, W. N.& Wolff, H.G. (1958), An investigation of the relation between life experience, personality characteristics, and general susceptibility to illness. Psychosom. Med., 20: 278 - 295.

Hoch, P. (1950), Biosocial aspects of anxiety. In: Anxiety, ed. P. Hoch & J. Zubin. New York: Grune & Stratton, pp. 105 - 116.

Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967), the social readjustment rating scale. J. Psychosom Res., 11 : 213 - 218.

Holroyd, K.A. (1975), Cognition and desensitization in the group treatment of test anxiety. Doctoral dissertation, University of Miami.

Holt, R. (1964), The emergence of cognitive psychology. J. Amer Psychoanal. Assn., 12: 650 - 665.

Horney, K. (1950), Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self- Realization. New York: Norton.

Horowitz, M., Becker, S.S. & Moskowitz, M. L. (1971), Intrusive and repetitive thought after stress: A replication study. Psychol. Reports, 29: 763 - 767.

Icheiser, G. (1970), Appearances and Reality. San Francisco: Jossey-Bass.

Jackson, B. (1972), Treatment of depression by self-reinforcement. Behav. Ther., 3:298-307.

Janov, A. (1970), The Primal Scream: Primal Therapy, the Cure for Neurosis. New York: G.P.Putnam's Sons.

Jersild, A.T., Markey, F.V. & Jersild, C.L. (1933), Children's fears. dreams, wishes, daydreams. likes. dislikes, pleasant and unpleasant memories. Child Development Monographs, 12. New York: Teachers College. Columbia University.

Karst, T.O. & Trexler, L.D. (1970), Initial study using fixed- role and rational- emotive therapy in treating public-speaking anxiety. J. Consult. Clin. Psychol., 34:360- 366.

Katcher, A. (1969), Personal communication.

Kelly, G. (1955), The Psychology of Personal Constructs. New York: Norton.

Klein, M. H., Dittmann, A. T., Parloff, M.B. & Gill, M. M. (1969), Behavior therapy: Observations and reflections. J. Consult. Clin. Psychol., 33:259- 266.

Klerman, G.L. & Weissman, M.M. (1974), Symptom reduction and the efficacy of psychotherapy in depression. Presented at meetings of the Society for Psychotherapy Research, Denver, Colo.

Kovacs, M., Beck, A. T. & Weissman, A. (1975), The use of suicidal motives in the psychotherapy of attempted suicides. Amer. J. Psychother., 29:363-368.

Kraft, T. & Al- Issa, I. (1965a), The application of learning theory to the treatment of traffic phobia. Brit. J. Psychiat., 111:277-279.

------- (1965b), Behavior therapy and the recall of traumatic experience- a case study. Behav. Res. & Ther., 3:55-58.

Kris, E. (1952), Psychoanalytic Explorations in Art. New York: International Universities Press.

Kritzeck, J. (1956), Philosophers of anxiety. The Commonweal, 63:572-574,

Lacey, J.I. & Lacey B.C (1958), Verification and extension of the principle of autonomic response stereotypy. Amer. J. Psychol., 71:50-73.

Lader, M.& Marks, I. (1971), Clinical Anxiety. New York: Grune & Stratton ton.

------- Gelder, M.G.& Marks, I. (1967), Palmar skin conductance measures as predictors of response to desensitization. J. Psychosom. Res., 11:283-290.

Lazarus, A. (1968), Learning theory and the treatment of depression. Behav. Res. Ther., 6:83-89.

------- (1972), Behavior Therapy and Beyond. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. (1966), Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill.

Leitenberg, H., Agras, W.S., Barlow, D.H. & Oliveau, D.C. (1969), Contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization therapy. J. Abnorm. Psychol., 74:113-118.

Lester. D.& Beck, A.T. (1975), Suicidal intent, medical lethality of the

suicide attempt, and components of depression. J. Clin. Psychol., 31:11-12.

Leventhal, H. (1969), Affect and information in attitude change. Presented at meetings of Eastern Psychological Association, Philadelphia, Pa.

Levitt, E.E. (1972), A brief commentary on the "psychiatric at meetings breakthrough" With emphasis on the hematology of anxiety. In: Anxiety: Current Trends in Theory and Research, ed. C. Spielberger. New York: Academic Press, 1:227-234.

Lewinsohn, P.M. (1974a), A behaviorl approach to depression. In : The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research, ed. R.J. Friedman & M. M. Katz. Washington: Winston- Wiley, pp157 - 178.

------- (1947b), Clinical and Trearetical aspects of depression. In: Innovative Treatment Methods in Psychopathology, ed. K. Calhoun, H. Adams& K. Mitchell. New York: Wiley, pp. 63- 120.

------- & Atwood, G.E. (1969), Depression: A clinical- research approach. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 6:166-171.

------- & Graf, M. (1973), Pleasant activities and depression. J. Consult. Clin Psychol., 41:261- 268.

------- & Shaw, D.A. (1969), Feedback about interpersonal behavior as an agent of behavior change. Psychother. Psychosom., 17:82-88.

------- Shaffer, M.& Libet, J. (1969), A behavioral approach to depression. Presented at meetings of the American Psychological Association, Miami Beach.

------- Weinstein, M. S. & Alper, T. (1970), A behacviorak approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution. J. Clin. Psychol., 26:525-532.

Lewis, A. (1970), The ambiguous word "anxiety." Internat. J. Psychiat., 9:62-79.

Liebert, R. M. & Morris, L. W. (1967), Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. Psychol. Rep., 20:975-978.

Lishman, W. A. (1972), Selective factors in memory. Psychol. Med., 2:248-253.

Loeb, A., Beck, A. T. & Diggory, J. (1971), Differential effects of

success and failure on depressed and nondepressed patients. J. Nerv. Ment. Dis., 152: 106 - 114.

London, P. (1964), The Modes and Morals of Psychotherapy. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

Maes, W. & Haimann. R. (1970), The Comparison of Three Approaches to the Reduction of Test Anxiety in High School Students. Washington: Office of Education, Bureau of Research, U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Mahoney, M. J. (1974), Cognition and Behavior Modification. Cambridge, Mass. : Ballinger.

Margolin, S. G. (1953), Genetic and dynamic psycho- physiological determinants of pathophysiological processes. In: The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis, ed. F. Deutch. New York: International Universities Press, PP. 3 - 36.

Marks, I.M. (1969), Fears and Phobias. London: Academic.

Marlett, N. J. & Watson, D. (1968), Test anxiety and immediate or delayed feedback in a test-like avoidance task, J. Personal. Soc. Psychol., 8:200-203.

Mason, F. (1954), ed., Balanchine's Complete Stories of the Great Ballets. New York: Doubleday.

Maultsby, M. C. (1968), The pamphlet as a therapeutic aid. Rational Living, 3:31-35.

May, R. (1950), The Meaning of Anxiety. New York: Ronald Press.

Meichenbaum, D.H. (1966), Sequential strategies in two cases of hysteria. Behav. Res. Ther., 4:89-94.

------- (1974), Cognitive Behavior Modification. Morristown, N.J.: General Learning Press.

------- Gilmore, J. B. & Fedoravicius, A. (1971), Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety. J. Consult. Clin. Psychol., 36:410-421.

Mendelson, M., Hirsch, S. & Webber, C. S. (1956), A critical examination of some recent theoretical models in psychosomatic medicine. Psychosom. Med., 18:363-373.

Miller, L.C., Barrett, C. L., Hampe, E. & Noble, H. (1972), Factor structure of childhood fears. J. Consult. Clin. Psychol., 39:264-268.

Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T. & Bec, R. (1973), Hopelessness depression, and attempted suicide. Amer.J. Psychiat., 130:455-459.

Mischel, W. (1973), Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. Psychol. Rev., 80:252-283.

Murray. E. & Jacobson, L. (1969), The nature of learning in traditional and behavioral psychotherapy. In: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, ed. A. Bergin & S. Garfield. New York: Wiley. pp. 709-747.

Neuringer, C. (1961), Dichotomous evaluations in suicidal individuals. J. Consult. Psychol., 25:445-449.

Oppenheimer, J. R. (1956), Analogy in science. American Psychologist, 11:127-135.

Orne, M. T.& Wender P.H. (1968), Anticipatory socialization for psychotherapy: Method and rationale. Amer. J. Psychiat., 124:1202-1212.

Oxford English Dictionary (1933), Vol. 4. Oxford: Clarendon Press.

Pastore, N. (1950), A neglected factor in the frustration-aggression hypothesis: A comment. J. Psychol., 29:271-279.

------- (1952), The role of arbitrariness in the frustration-aggression hypothesis. J. Abnorm. Soc. Psychol., 47:728-731.

Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1951), Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality. New York: Dell.

Pitts, F.N. (1969), The biochemistry of anxiety. Sci. Amer., 220:69-75.

Rapaport, D. (1951), Organization and Pathology of Thought: Selected Sources. New York: Columbia University Press.

Rardin, W.M. & Wetter, B. D. (1972), Behavioral techniques with depression: Fad or fledgling? Presented at meetings of the Rocky Mountain Psychological Association, Albuquerque, N.M.

Reynolds, J.R. (1869), Remarks on paralysis, and other disorders of motion and sensation, dependent on idea. Brit. Med. J., Nov, 6, pp. 483-485.

Rogers, C.R. (1951), Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory. Boston: Houghton Mifflin.

Rush, A. J., Beck. A. T., Kovacs, M., Khatami. M., Fitzgibbons, R., & Wolman, T. (1975), Comparison of cognitive and pharmacoptherapy in

depressed outpatients: A preliminary report. Presented at meetings of Society for Psychotherapy Research, Boston, Mass.

------- Khatami, M. & Beck, A. T. (1975), Cognitive and behavioral therapy in chronic depression. Behav. Ther., 6:398-404.

Salzman, L. (1960), Paranoid state-theory and therapy. Arch. Gen. Psychiat., 2:679-693.

Sarason, I. G. (1972a), Comments on Dr. Beck's paper. In : Anxiety: Current Trends in Theory and Research, ed. C. Spielberger. New York: Academic Press, 2:355-357.

------- (1972b), Experimental approaches to test anxiety: Attention and the uses of information. In :Anxiety: Current Trends in Theory and Research, ed. C. Spielberger. New York: Academic Press, 2:381-403.

Saul, L.J. (1947), Emotional Maturity: The Develpment and Dynamics of Personality. Philadelphia: Lippincott.

Schuyler, D. (1973), Cognitive therapy: Some theoretical origins and therapeutic implications. Internat. Ment. Health Res. Newslet., 15:12-16.

Schwartz. D.A. (1963), A review of the "paranoid" concept. Arch. Gen. Psychiat., 8:349-361.

Seitz, F.C. (1971), Behavior modification techniques for treating depression. Psychother.: Theory, Res. & Practice, 8:181-184.

Seligman, M.E.P. (1974), Depression and learned helplessness. In: The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research, ed. R.J. Friedman & M. M. Katz. Washington: Winston-Wiley, pp. 83-113.

Shaw, B. (1974), Outpatient cognitive therapy of depression. Unpublished study.

------- (1975), A Systematic Investigation of Three Treatments of Depression. Doctoral dissertation, Unviersity of Western Ontario.

Skinner. B.F. (1971), Beyond Freedom and Dignity. New York: Knopf.

Sloane, R.B., Staples, F., Cristol, A.H., Yorkston, N.J.,& Whipple, K.

(1975), Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. Amer. J. Psychiat., 132:373-377.

Snaith, R.P. (1968), A clinical investigation of phobias. Brit. J. Psychiat., 114:673-697.

Spielberger, C. (1972), ed., Anxiety: Current Trends in Theory and Research, Vols. 1&2. New York: Academic Press.

Spitz, R.A. (1951), The psychogenic diseases in infancy; an attempt at their eitologic classification. The Psychoanalytic Study of the Child, 6:255-275.

Stampfl, T.G.& Levis, D. J. (1968), Implosive therapy - a behavioral therapy? Behav. Res. Ther., 6:31-36.

Standard College Dictionary (1963). New York: Funk & Wagnalls.

Stein, E. H., Murdaugh, J. & MacLeod, J.A. (1969), Brief psychotherapy of psychiatric reactions to physical illness. Amer. J. Psychiat., 125:1040-1047.

Stevenson, I. & Hain, J.D. (1967), On the different meanings of apparently similar symptoms, illustrated by varieties of barber shop phobia. Amer. J. Psychiat., 124:399-403.

Sullivan, H.S. (1954), The Psychiatric Interview, ed. H. Perry & M. Gawel. New York: Norton.

Szasz, T.S. (1952), Psychoanalysis and the autonomic nervous system: Bioanalytic approach to problem of psychogenesis of somatic change. Psychoanal. Rev., 39:115-151.

Taylor, F. G. (1974), Cognitive and Behavioral Approaches to the Modification of Depression. Doctoral dissertation, Queen's University, Kinston, Ontario.

Terhune, W. B. (1949), The phobic syndrome: A study of eighty-six patients with phobic reactions. Arch. Neurol. & Psychiat., 62-162-172.

Trexler, L.D. & Karst, T. O. (1972), Rational-emotive therapy, Placebo, and no-treatment effects on public-speaking anxiety. J. Abnorm. Psychol., 79:60-67.

Truax, C.B. (1963), Effective ingredients in psychotherapy: An approach to unraveling the patient-therapist interaction. J. Counsel. Psychol., 10:256-263.

Valins, S. & Ray, A. (1967), Effects of cognitive desensitization on avoidance behavior. J. Personal. & Soc. Psychol., 7:345-350.

Velten, E.C. (1967), The induction of Elation and Depression through the Reading of Structural Sets of Mood Statements. Doctoral dissertation, University of Southern California.

Wahler, R.G. & Pollio, H.P. (1968), Behavior and insight: A case study in behavior therapy. Exper. Res. Personal., 3:44-56.

Watson, J. B. (1914), Behavior: An Introduction to Comparative Psychology. New York: Holt.

Webster's New International Dictionary of the English Language (1949), Second Edition Unabridged. Springfield, Mass. : Merriam.

Weitzman, B. (1967), Behavior therapy and psychotherapy. Psychol. Rev., 74:300-317.

Westphal, C. (1872), Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung. Arch. Psychiat. & Nervenkrank., 3:138-161. Cited by Snaith (1968).

Wetzel, R. D. (1976), Hopelessness, Depression, and suicide intent. Arch. Gen. Psychiat., in press.

Wilkins, W. (1971), Desensitization: Social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure. Psychol. Bull., 76:311-317.

Wolff, H. G. (1950), Life stress and bodily disease- a formulation. In: Life Stress and Bodily Disease; Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 1059-1094.

Wolpe, J. (1969), The Practice of Behavior Therapy. New York: Pergamon Press.

الفهـــرس


تليجرام
مغنا
سور الأزبكية